**Анкета пациента**

***(для прохождения общего обследования)***

Имя (*латинскими буквами, как в загранпаспорте*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия (*латинскими буквами, как в загранпаспорте*):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения (*ДД/ММ/Год*): \_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_

Страна проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Город:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Электронный адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Число сопровождающих меня лиц: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Информация о Ваших заболеваниях, имеющихся диагнозах или жалобах:

*(Здесь необходимо указать основные диагнозы и жалобы за последний год)*

* Кардиология (*сердечно-сосудистые заболевания, повышенное артериальное давление, высокий холестерин и пр.*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Гастроэнтерология (*гастрит, изжога, частые вздутия живота, боли, как часто, когда последний раз делали гастроскопию и колоноскопию, результаты обследований, назначенная терапия?)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Внутренние органы щитовидная железа, печень, почки и прочие (*когда проводились последние обследования: анализ крови, УЗИ, результаты обследований, выявленные патологии*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Неврологические заболевания *(изменение в сосудах головного мозга, мигрени, делали ли Вам МРТ головного мозга и когда*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Ортопедия (*боли в суставах, боли в спине, делали ли Вам МРТ спины и когда, какой диагноз*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Офтальмология (*близорукость, дальнозоркость, глаукома, катаракта, когда последний раз обследовались?)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ЛОР (*частые насморки, боли в горле, аллергия*)

- Дерматология (*аллергические реакции, множественные родинки, высыпания, прыщи*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Заболевания лёгких (*бронхит, астма, курите ли Вы?)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* мужчинам / урология (*простатит, увеличенная простата*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* женщинам / гинекология (*количество родов, какие проблемы, были ли операции, когда Вы последний раз проверяли грудь, делали ли Вы маммографию, какой результат?*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Заболевания в семье (*онкологические, сердечнососудистые, неврологические заболевания у родителей, братьев и сестер, а также у бабушек и дедушек*):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цель Вашей поездки в Германию (*пройти полное обследование и т.п., необходимо указать на какие основные заболевания необходимо обратить особое внимание*):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Планируемая продолжительность пребывания (*рекомендуемая продолжительность пребывания для полного обследования 3-4 дня*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата планируемого приезда (*запись на консультации к специалистам осуществляется за 2 недели*):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пожелания по дополнительным услугам (*нужное подчеркнуть или отметить «X»*):

* Письменный перевод медицинских заключений
* Предоставление переводчика на все время лечения для общения с профессорами
* Бронирование авиабилетов
* Мне необходимо медицинское сопровождение во время перелета
* Бронирование гостиницы (*мы можем предложить Вам очень выгодные тарифы на ряд гостиниц)* :
	+ 3-4\*
	+ 4-5\*
	+ Размещение одноместное
	+ Размещение в двухместном номере
* Помощь в получении визы (подготовка приглашения от медицинского учреждения)
* Трансфер на комфортабельном автомобиле представительского класса:
	+ Трансфер аэропорт – гостиница – аэропорт
	+ Трансфер-сервис на все время пребывания
* Культурная/ развлекательная/ экскурсионная программа

Другие пожелания (*напишите Ваши основные пожелания по обследованиям и пожеланиям по нашим услугам*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_