



Личная информация

М

Ж

Фамилия

Имя

Дата рождения

Улица

Дом №

Почтовый индекс

Город

Страна

Телефон

Электронная почта

Лечение

Желаемая дата

Проживание

Одноместный номер

Двухместный номер

Номер люкс

Выбранное лечение (возможны комбинации)

Клеточная терапия – Классик

Терапия стволовыми клетками

Лазерная терапия

Клеточная терапия – Премиум

Детоксификация

Антистресс-терапия

Проходили ли Вы раньше такие процедуры?

Если да, то укажите **вид терапии и дату.**

Ваши пожелания и ожидания от терапии?

Причины, по которым Вы обратились за лечением?



Медицинская информация

Вы принимаете лекарства ?

Да

Нет

Если да, то укажите **точное название, дозировку и причину**.
Если Вы принимаете **аспирин**, сообщите причину.

Вы принимаете антикоагулянты, например, Маркумар?

Да

Нет

Если да, то укажите **точное название, дозировку и причину**.

Перенесенные заболевания

Да

Нет

Если да, то укажите **природу и продолжительность**.

Перенесенные операции

Да

Нет

Если да, то укажите **дату и тип** операции.

Имеются ли у Вас следующие проблемы со здоровьем? Отметьте необходимое

Стенокардия

Эмболия, тромбоз

Износ межпозвонкового диска

Инфаркт миокарда

Хронический бронхит

Боль в суставах, конечностях

Низкое кровяное давление

Бронхиальная астма

Заболевания внутренних органов

Высокое кровяное давление

Аллергии: _____

Инсульт

Диабет, уровень глюкозы
в крови: _____

Рак

Другое: _____

Город, дата

Подпись