



Reģistrācijas nr. Berlīnes klīnikā

Nr.							
datums	mēnesis	gads					

Aizpilda Berlīnes klīnikas darbinieks.

Medicīniskās konsultācijas dokumentācija**Pacients**

vārds	uzvārds
dzimšanas gads	

Dzīvesvietas adrese:

ielā, māja	ciemats						
pilsēta	valsts						
posta indekss			-				

Kontaktinformācija

telefons	+													
e-pasts														

Tuvinieku, uzticības personas/u kontakti

vārds	uzvārds
-------	---------

Adrese:

ielā, māja	ciemats
pilsēta	valsts

Kontaktinformācija

telefons	+													
e-pasts														

Medicīniskā sadaļa**Diagnoze**

Izmeklējumi – KT (kompjūtertomogrāfija)*

KMR (kodolmagnētiskā rezonanse)*

*izmeklējuma "vecums" 1-3 mēneši