



Рег. № в Берлинской клинике

№							
день	месяц		год				

Заполняет сотрудник Берлинской клиники

Документация медицинской консультации**Пациент**

имя	фамилия
год рождения	

Домашний адрес

улица, дом	поселок						
город	страна						
почтовый индекс			-				

Контактная информация

телефон	+													
E-mail														

Родственник, доверенное лицо

имя	фамилия
Адрес	
улица, дом	поселок
город	страна

Контактная информация

телефон	+													
e-pasts														

Медицинский раздел**Диагноз**

Обследования – КТ (компьютерная томография)*

ЯМР (ядерно-магнитный резонанс)*

*не старше 1-3 месяцев