**АНКЕТА ПАЦИЕНТА**

|  |  |
| --- | --- |
| Вы предупреждены о рисках и осознанно принимаете решение о направлении персональных данных для проведения заочной консультации? Напишите **«ДА»**, чтобы консультация состоялась. |  |
| **Ссылка на результаты исследований**  **или отметка «проходил(а) в клинике» / «отправил(а) вложением к письму»** |  |
| Ваше ФИО |  |
| Ваш пол |  |
| Ваш возраст |  |
| Телефон для связи |  |
| Цель обращения |  |
| Жалобы пациента в настоящее время |  |
| Имеются ли у вас следующие заболевания:   * Сахарный диабет, * Сердечнососудистые заболевания, * Онкологические заболевания? |  |
| Комментарий пациента |  |