**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 |  |