

На № _____ от _____ № _____

Анкетные данные пациента (лист № 1)

1. Ф.И. _____
2. Дата рождения: _____ 3. Рост: _____ 4. Вес: _____
5. Анамнез жизни (краткая история): _____

6. Какие серьёзные заболевания перенёс в течение жизни и когда: _____

7. Какие перенёс операции и когда: _____

8. Есть ли аллергия и на что: _____
9. Есть ли на данный момент абсцессы и другие гнойно-воспалительные заболевания: _____
10. Отмечалось ли повышение температуры за последний месяц: _____
11. Наблюдается ли увеличение лимфатических узлов, в какой области: _____

12. Похудел или поправился за последние 6 месяцев и на сколько: _____
13. Контактные телефоны,мобильный для связи: E-Mail: _____

Анамнез заболевания (краткая история заболевания)

14. Начало и длительность употребления алкоголя: _____
15. Регулярность употребления алкоголя и в каких дозировках: _____

16. Совмещает ли употребление алкоголя с приёмом наркотиков: _____
17. Что из наркотических препаратов употребляет, и в каких дозировках: _____

18. Лечился ли раньше, где и какими методами, какие результаты (длительность периода трезвости - ремиссии):

Анкетные данные пациента (лист № 2)

Особые пожелания (желательные даты начала лечения, ближайшие от Вас аэропорты, оплата по кредит и т.п.): _____

Заказ

я, _____
(фамилия и имя)

поручаю фирме TMS Reisen GbR организовать для меня поездку на лечение в наркологическую клинику. Предупреждён(а) о запрете ввоза на территорию Украины наркотических и психотропных веществ, в том числе метадона, пиламидона и зубатекса. Знаю, что употребление наркотических, психотропных препаратов и алкоголя на территории клиники и за её пределами при прохождении реабилитационного курса запрещено. Предупреждён(а) о возможных последствиях и изменениях общей системы моего организма и внутренних органов (вплоть до летального исхода) при употреблении психотропных препаратов и алкоголя во время прохождения курса лечения вследствие несовместимости последних.

Обязуюсь строго выполнять рекомендации лечащего врача во время прохождения лечебной программы, и после её окончания, для достижения максимально положительных для себя результатов лечения.

Знаю, что ответственность за качество, результаты и последствия оказания медицинских услуг, а также за программу лечения, питание и условия пребывания несет лечебное учреждение. Понимаю, что не может быть 100% гарантии результата излечения для всех больных.

Ознакомлен(а) с требованиями внутреннего распорядка клиники. Обязуюсь бережно относиться к имуществу, уважительно относиться к медицинскому персоналу и другим пациентам клиники.

Согласен(а) с тем что, в случае нарушения мною условий лечения и внутреннего распорядка - Клиника оставляет за собой право изменить лечебную программу по своему усмотрению.

В случае невыполнения этих правил и требований, а также при обнаружении у меня сотрудниками клиники наркотических веществ и алкоголя, предупреждён(а) о возможной выписке без возмещения оплаченной суммы.

При несостоявшейся поездке, по независящим от организаторов причинам, (при необоснованном отказе) деньги не возвращаются и Клиент не имеет право на дальнейшие претензии.

Сведения, указанные мной в „Анкетные данные пациента (лист № 1 и лист № 2)“, полные и достоверные.

С программой лечения и содержанием расписки ознакомлен(а), претензий не имею:

„ ____ “ „ ____ “ 200 ____ г. _____
Подпись

С программой лечения и содержанием расписки ознакомлены родственники, претензий не имеем:

„ ____ “ „ ____ “ 200 ____ г. _____
Подпись

Представитель клиники в Германии: _____