

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

## Анкетные данные пациента (лист № 1)

1. Ф.И. \_\_\_\_\_
2. Дата рождения: \_\_\_\_\_ 3. Рост: \_\_\_\_\_ 4. Вес: \_\_\_\_\_
5. Анамнез жизни (краткая история): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Какие серьезные 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, мобильные, E-Mail: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Анамнез заболевания (краткая история заболевания)

14. Начало и длительность употребления наркотиков: \_\_\_\_\_
15. Что из наркотических препаратов употреблял, и в каких дозировках: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. Какие виды наркотиков употребляет в данное время, в каких дозах и совмещает ли их с приёмом алкоголя: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
17. Отмечается ли увеличение суточной дозы или кратности введения за последние 3 месяца и на сколько: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
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 в 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, пирамидона 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: \_\_\_\_\_