**Уважаемый пациент,**

Анкета поможет мне уловить все важные нюансы Вашего состояния и достичь наилучших результатов в нашем сотрудничестве.

Я очень рассчитываю на Ваше понимание!

|  |
| --- |
| **Фамилия****Имя****Отчество**  |
| **Возраст:** |
| **Рост: вес:** |
| **Дата заполнения:** |
| **Коротко опишите Ваши жалобы:**  |
| **Обращались ли Вы к сосудистому хирургу ранее? Если да, с каким диагнозом наблюдались?**  |
| **Проходили ли Вы лечение у сосудистого хирурга? Проводили ли Вы операции на венах?** |
| **Какие обследования Вы проходили в ближайшее время?\***  |

\* Если у Вас на руках имеются результаты обследований и заключений, пожалуйста отправьте их на электронную почту info@riverplastic.ru, указав контактную информацию (ФИО, дата рождения, контактный телефон, почта).

**Пометки и комментарии врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**