

ПЕРВИЧНАЯ АНКЕТА
для Пациента ООО «МГМ-ГРУПП»

г. Москва

Дата заполнения _____

ФИО (полностью) _____

Дата рождения _____

Место жительства _____

Конт. телефон _____

Причина обращения за помощью _____

Хронические заболевания
(перечислить): _____

Аллергические реакции (указать наличие и причину возникновения, т.е. на какое
вещество) _____

Пациент, подписывая настоящую Анкету, дает информационное добровольное согласие на консультирование и оказание услуг (медицинское вмешательство) в данной медицинской организации по прейскуранту цен, действующему в ООО «МГМ-ГРУПП» на дату обращения, а также на обработку и хранение персональных данных, указанных Пациентом в Анкете.

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)