

Questionnaire / Бланк Заявки:

| | | |
|---|--|--|
| Name and Surname: | ФИО: | |
| Date and place of birth: | Дата и место рождения: | |
| Residence Address: | Адрес проживания: | |
| Telephone Number: | Номер телефона: | |
| E-mail: | Эл. Почта: | |
| Diagnosis and date of first establishment: | Диагноз и дата постановки диагноза: | |
| Comorbidities: | Сопутствующие: | |
| Treatments with exact dates, names of drugs, doses: | Лечение с указанием точных дат, названий препаратов и дозировкой | |
| Current conditions: | Текущее состояние: | |
| Habitually taken drugs: | Постоянно принимаемые препараты: | |
| Family anamnesis: | Семейный анамнез: | |
| Allergies: | Аллергии: | |
| Surgeries in the past (with dates): | Хирургические вмешательства в прошлом (с датами): | |
| Additional notes: | Дополнительные замечания: | |
| Medical visa required Y/N: | Нужна медицинская виза Да/Нет: | |
| Accompanying person Y/N: | Сопровождающее лицо Да/Нет: | |
| Language spoken: | Языки общения: | |

All patient information provided to Humanitas Italy are kept confidential and are stored in a secure place. Information will only be exchanged with healthcare providers who are or will be directly involved in assessing and/or treating the patient. Patient information will not be passed on to any outside third party other than described above without prior consent of the patient.

Вся информация о пациенте предоставляемая в Humanitas является конфиденциальной и хранится в надежном месте. Обмен информацией будет производиться исключительно с провайдерами медицинских услуг, которые принимают или будут принимать непосредственное участие в оценке и/или лечении пациента. Информация о пациенте не будет передана какой-либо внешней третьей стороне, кроме описанных выше, без предварительного согласия пациента.