

" " 20 г.

№ _____

г.Москва, ул. Земляной Вал, д.46

Центр Биотической Медицины

тел. +7-495-9177121

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА

Ф.И.О. _____

Пол м ж Дата рождения _____ телефон мобильный: _____
число, месяц, год

Сообщать ли о новых услугах, препаратах и др. по электронной почте? да нет e-mail: _____

Адрес пациента: _____
страна, область, район, город (населенный пункт), улица, дом

Где проживал последние 5 лет: _____ Где родился: _____

Характер работы (профвредность): _____
профессия, профессиональная вредность, профессиональный маршрут за последние 5 лет

Объект: волосы цельная кровь плазма/сыворотка моча иное _____
Волосы: темно-русые рыжие брюнет светло-русые шатен блондин русые седые высокая физическая активность: умеренная низкая

Использование наружных косметических средств (шампунь и др.) _____
название, производитель

Использование наружных средств лечения (мезотерапия и др.) _____
название, производитель

Окраска волос _____ Острота зрения _____ дпт

Вес _____ кг Рост _____ см Курение _____ лет _____ сигарет в день.

Употребление алкоголя: пиво вино водка иное _____ кол-во дней в неделю _____

Употребление наркотических или психотропных средств да нет

Питание: смешанное вегетарианское диета _____

Источник информации об АНО "ЦБМ" врач _____ родственники знакомые реклама интернет

Какие лекарственные препараты принимаете регулярно? _____

Какие препараты и "БАД" с микроэлементами применялись регулярно последние 6 месяцев? _____

Жалобы _____