ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ ПАЦИЕНТА

Фамилия И. О:	
Дата Рождения:	
Телефон:	
Электронная Почта:	
Адрес:	
Страна:	

Есть ли у вас хроническое заболевание?

Нет: Диабет: Сердце: Артериальное Давление: Другое:

Есть ли у Вас аллергия? Пожалуйста, укажите.

Да: Нет:

В какой отдел Вы хотите поступить?

На какое лечение или операцию Вы поступите?

Когда Вы планируете посетить Турцию?

Ваша История Болезни и Ваше Сообщение:

Подпись Пациента:

Пожалуйста, отправьте документ по следующему адресу: ssoyler@pau.edu.tr