

**Pacientu reģistrācija Triecienviļņu terapijai SIA
Ingadent klīnikā Nr. _____**

Pacienta dati:

Vārds _____

Uzvārds _____

Personas kods _____

Tālrunis _____

E-pasts _____

Uzticības persona:

Vārds _____

Uzvārds _____

Tālrunis _____

Ar savu parakstu apliecinu, ka vēlos saņemt triecienviļņu terapiju. Esmu saņēmusi/saņēmis visu nepieciešamo informāciju par šo procedūru.

_____._____.20____.

Pacienta paraksts

Ārsta paraksts, zīmogs

Anketa Triecienviļņu terapijai

Jautājumi	Atzīmējiet atbildi ar x
Vai Jums ir asins recēšanas traucējumi?	<input type="checkbox"/> nē <input type="checkbox"/> jā
Vai Jūs regulāri lietojat zāles asins šķidrināšanai?	<input type="checkbox"/> nē <input type="checkbox"/> jā Kādas? _____ _____
Vai Jums ir zināmas alerģijas, ja ir, norādiet kādas?	<input type="checkbox"/> nē <input type="checkbox"/> jā Pret: _____ _____
Vai Jums ir grūtniecība?	<input type="checkbox"/> nē <input type="checkbox"/> jā Piezīmes: _____ _____
Vai Jums ir kardiostimulators vai implantētas citas medicīniskās ierīces?	<input type="checkbox"/> nē <input type="checkbox"/> jā
Vai Jūs ilgstoši lietojat Prednizolonu?	<input type="checkbox"/> nē <input type="checkbox"/> jā
Piezīmes	_____ _____ _____

Pacienta paraksts _____

_____.20_____.