Karta pacienta

Meno pacienta:

Poštová adresa:

Telefón:

Mail:

V prípade, ak pacientom je dieťa ( do 18. roku veku):

celé meno matky ( 1.zákonný zástupca):

telefón matky:

mail matky:

celé meno otca ( 2.zákonný zástupca):

telefef. kontakt:

mail. kontakt:

vzájomný stav rodičov ( zákonných zástupcov)? Rozvedení/ nerozvedení