

个人情况

先生

小姐

姓

名

头衔

出生日期 (年/月/日)

地址

邮编

居住城市

国家

联系电话

手机号

电子邮箱

护照号码

护照有效期 (年/月/日/)

欲接受治疗的日期

替代日期

欲接受的治疗

细胞疗法

排毒疗程

欲住房型

单人间

双人间

套间

一般15点入店，提前入住请询问，会产生额外费用。

您已经做过下面的任何一个治疗吗？请在适用处打钩

细胞疗法，治疗时间和地点：_____

排毒疗程，治疗时间和地点：_____

个人意见

基于哪些病症您想进行细胞疗法？

医疗问卷

您目前是否服用药物? 是 否

如果是, 请列出药物名称, 服用剂量

您是否服用苯丙香豆素类 (如Marcumar) 抗凝血剂? 是 否

如果是, 请列出药物名称, 服用剂量, 服用目的

您是否曾患有疾病? 是 否

如果是, 请列出手术的类型和时间

您是否曾动过手术? 是 否

如果是, 请列出手术的类型和时间

您目前是否有或曾有以下健康问题 适用请打勾

心绞痛

栓塞、血栓

椎间盘损伤

心肌梗塞

慢性支气管炎

关节痛、四肢痛栓

低血压

哮喘病

内脏器官疾病

高血压

过敏

中风

糖尿病, 血糖指数 _____

癌症

其他症状 _____

在此, 请参阅一般交易条款。

一般交易条款在有约束性的预约之后成为治疗合同内容的组成部分。

地点 / 日期

签名