БЛАНК ЗАПРОСА НА КОНСУЛЬТАЦИЮ СПЕЦИАЛИСТА ООО «ЦЕНТР АЛЛЕРГИИ И АСТМЫ «ПАРПАЦЕЛЬС» с помощью телемедицинских технологий (удаленную консультацию)

*Вы обратились в Центр с просьбой об организации удаленной консультации. Не всегда оказывается возможным выполнение данной медицинской услуги. Просим заполнить* ***все*** *графы в таблице ниже, чтобы врач мог принять решение о допустимости телемедицинской консультации именно в Вашем случае. Это ускорит согласование!*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Вопрос | Предоставленная Вами информация |
| 1 | Фамилия, Имя и Отчество (если есть), дата рождения **пациента, о котором пойдет речь** |  |
| 2 | Является ли указанное лицо пациентом Центра? (даже одно-единственное обращение в любое из наших отделений – к врачу, на процедуры или для забора анализов «считается») |  |
| 3 | К кому из наших врачей Вы хотите обратиться ( укажите специальность или - специальность и фамилию нашего специалиста) |  |
| 4 | Укажите **кратко** основной вопрос, который планируете прояснить в ходе телемедицинской консультации?  (*примеры:*  - обеспокоен новыми симптомами (чихание, слезы и сильное закашливание при нахождении в домах с животными, без повышения температуры) - нужно ли мне обследование и какое именно?  - назначенная ранее терапия по поводу Березового поллиноза не помогает, что можно сделать?  - подошел срок пересмотра лечения по астме, а мой врач не доступен, можно ли обратиться к вам?  - позади назначенные врачом 6 месяцев безмолочной диеты, что теперь?  - не могу найти необходимое лекарство «Xyz», как быть?) |  |
| 5 | Подтвердите готовность предоставить имеющиеся у Вас результаты прошлых обследований и консультаций, список всех принимаемых на сегодняшний день лекарств, БАД и витаминов. |  |
| 6 | Укажите **всю** свою контактную информацию: |  |
|  | телефон |  |
| e-mail |  |
| viber |  |
| Город/регион проживания – фактического на момент консультации |  |
| 7 | Есть ли у Вас усиленная квалифицированная электронная подпись (ЭЦП)? |  |
| 8 | Укажите желаемую дату, время, способ связи |  |
| 9 | Вы осознаете, что консультация врача будет платной и готовы к этому – да? |  |
| 10 | Ваши Фамилия, Имя, Отчество (если отличается от п.1) |  |

Отправьте заполненную таблицу в Ответном письме, добавив в *тему* ФАМИЛИЮ (потенциального) пациента. Администратор свяжется с Вами в течение 24 часов (кроме воскресенья и выходных.