

Бланк для вашого візиту до медичного закладу та стоматології

Заповніть цей бланк і візьміть його з собою при першому візити до медичного або стоматологічного закладу.

Дата народження: _____

Ім'я: _____

Прізвище: _____

С/О назва гуртожитку або ім'я особи, у якої ви живете: _____

Адреса: _____

Поштовий індекс: _____

Населений пункт: _____

Номер телефону людини, що говорить англійською або

шведською: _____

Якою мовою ви розмовляєте?

Українська

Російська

Англійська

Інші мови: _____