

ФОРМА ЗАПИСИ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ НА ЭКЗОКИСТЬ-2
г.Москва, Ленинский пр-т, д. 117, РДКБ (РНИМУ им.Пирогова)

ВАЖНО: подходит для детей от 7 до 14 лет с ДЦП с выраженной спастичностью кистей

ФИО пациента: _____

Возраст пациента (полных лет): _____

Диагноз: _____

Регион проживания (область, город): _____

Удобные даты прохождения реабилитации: с _____ по _____

ФИО сопровождающего: _____

Тел. сопровождающего: _____

E-mail для связи: _____

Дата заполнения: _____