

Vyplňte tento formulár prosím, ak máte vážny záujem objednať sa na vyšetrenie na našu kliniku.

Formulár môžete vyplniť aj v PDF formáte a následne nám ho faxovať na číslo

02/6241 0757

Meno a priezvisko

Adresa

Telefón/mobil na ktorom Vás môžeme zastihnúť počas dňa.

Email

Aký kĺb Vás trápí? Kolená

Rameno

Členok

Lakeť

Zápästie

Boli ste už vyšetrený lekárom? Ano/nie

Boli ste už na tento kĺb operovaný? Ano/nie

Bola vám odporučená operácia? Ano/nie

Želaný termín? Akútne – ide o silne bolestivý stav

Podľa vašich možností