

№	Анкета специалиста		
1	ФИО специалиста	Заполнить	
	Дата рождения		
2	Фотография специалиста	Приложить к письму фотографию в электронном виде. Требования к фото: по пояс, лицом к камере, на фоне стены светлых оттенков (белый, бежевый, серый). Обязательно в белом халате или другой медицинской форме. Руки опущены (ни в коем случае не скрещены на груди).	
3	E-mail	Заполнить	
4	Телефон	Заполнить	
5	Название клиники (юридического лица)	ООО "ВЕРОНАМЕД"	
6	Основная специальность и специализация, по которым ведется прием специалистом.	<u>Заполнить</u> *специализация подтверждена сертификатом по каждой специальности. Срок действия сертификата не должен превышать 5 лет	
7	Специализация (на лечении каких болезней /проведении каких операций / использовании каких методов, аппаратов специализируется врач).	Заполнить	
8	График приема	Заполнить	
9	Перечень манипуляций и операций, проводимых специалистом в клинике	<u>Заполнить</u> Приложение к анкете врача	
10	Дата начала медицинской деятельности/Стаж практической работы	Заполнить	
11	Врачебная категория	Заполнить	
12	Научная степень	Ученая степень:	Учено е звание : Членство в академи и:
13	Образование (название учебного заведения, год окончания)	Заполнить_Приложить фотографии или скан-копии документов	
14	Интернатура	Заполнить Приложить фотографии или скан-копии документов	
15	Ординатура	Заполнить Приложить фотографии или скан-копии документов	
16	Аспирантура	Заполнить Приложить фотографии или скан-копии документов	
17,0	Сертификат по каждой представленной специальности (место обучения с указанием учреждения, год обучения).	Заполнить Приложить фотографии или скан-копии документов	
17,1			
17,2			
17,3			

18	Курсы повышения квалификации, дополнительное обучение	Заполнить Приложить фотографии или скан-копии документов	
18,1			
18,2			
18,3			
18,4			
18,5			
18,6			
18,7			
19	Ведет ли специалист прием детей? Если да, то с какого возраста.	Заполнить	
20	Возможен ли выезд этого специалиста на дом?	Заполнить	
21	Трудовая деятельность (начиная с последнего/по настоящее время)	Заполнить	
21,1	Заполнить		
21,2	Заполнить		
	ФИО специалиста (дата, подпись)	Заполнить	
Приложение к анкете специалиста. Перечень манипуляций врача-терапевта			
№	Наименование услуги	Перечень манипуляций (Да/Нет)	Проводится исследование у детей? Если да, указать возраста.
ТЕРАПИЯ			
1	Онлайн консультация врача-терапевта		
Функциональная диагностика			
2	Регистрация электрокардиограммы (ЭКГ), без расшифровки		
3	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных (ЭКГ)		
4	Регистрация, расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных (ЭКГ)		
5	Электрокардиография с физической нагрузкой		
6	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков с использованием пикфлоуметра (Пикфлоуметрия)		
7	Пульсоксиметрия (определение степени насыщения крови кислородом)		

	Гирудотерапия		
8	Постановка пиявок		
	ФИО специалиста (дата, подпись)		