|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Консультация врача ${consultation} | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Дата осмотра ${created\_at} | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Фамилия, Имя пациента${customer\_full\_name} | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Возраст${customer\_birth\_date} | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Диагноз${Diagnosis} | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| РЕКОМЕНДАЦИИ:${recomendation} | | | | | | |
| Подпись врача: | | | | | | |

Консультация врача ${consultation}

Дата осмотра ${created\_at}

Фамилия, Имя пациента${customer\_full\_name}

Возраст${customer\_birth\_date}

Диагноз${Diagnosis}

РЕКОМЕНДАЦИИ:${recomendation}

Подпись врача: