

Karta konsultacji Pacjenta

Imię i nazwisko Pacjenta:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Data urodzenia:

Jednostki chorobowe przebyte lub w trakcie leczenia:
.....
.....
.....

Leki / suplementy:
.....
.....
.....

Dodatkowe uwagi / informacje:
.....
.....
.....

Proszę zaznaczyć TAK/NIE:

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Cukrzyca typu 1 | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Niewydolność wątroby lub nerek | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Rozrusznik serca | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Nowotwory | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Podaczka | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Ciąża | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

.....
Data i Podpis Pacjenta / Opiekuna