

IMIĘ I NAZWISKO:..... DATA URODZENIA:.....

Tel kontaktowy:..... waga:.....kg wzrost.....cm

Warunki domowe: bardzo dobre przeciętne złe

Uzależnienia: alkohol nikotynizm (papierosy, cygara) narkotyki lub dopalacze leki

OBCIĄŻENIA RODZINNE

choroby ukł. sercowo-naczyniowego jakie i u kogo?.....

choroby układu oddechowego jakie i u kogo?.....

Choroby metaboliczne (w tym cukrzyca) jakie i u kogo?.....

nowotwory jakie i u kogo?.....

alergia/ astma u kogo?.....

Inne

JESTEM UCZULONY/UCZULONA NA.....

Przebyte operacje/zabiegi (jakie i kiedy):

.....
.....

Hospitalizacje (powód pobytu w szpitalu i rok hospitalizacji)

.....
.....

CHOROBY PRZEWLEKŁE

1.
2.
3.
4.
5.
6.

PRZYJMOWANE LEKI (z dawkowaniem)

PODPIS PACJENTA/OPIEKUNA