

Dane pacjenta:

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Telefon

Ulica

Nr domu

Nr Mieszkania

Kod pocztowy

Miasto:

Wzrost:

Waga:

Czy jesteś aktualnie w ciąży? (kobiety):

Czy karmisz piersią? (kobiety):

Choroby przewlekłe (orientacyjna data rozpoznania, czy jesteś pod opieką specjalisty):

Przyjmowane leki i suplementy (dawki i pory przyjmowania):

Uczulenia (w tym na leki):

Operacje:

Proszę krótko opisać aktualne dolegliwości i od kiedy występują: