

Lista pytań wstępnych

Terapia Neurochirurgia

Nazwisko..... k/m

Adres:.....

Kod pocztowy.....Miejscowość:.....

Nr. Tel. dom/komórka:.....E-mail.....

Data urodzenia:.....

Data urodzenia rodziców:ojciec.....matka.....

Ew.dzieci.....

Grupa krwi (jeżeli znana).....

Zawód wykonywany/wyuczony:.....

W związku ? tak to w jakim?.....

Lekarz domowy(telefon/adres):.....tel.....

Opisz dolegliwości psychiczne:.....

.....

Opisz dolegliwości cielesne:.....

.....

Dolegliwości, choroby, zabiegi, terapie, szpitale w przeszłości:.....

.....

Co dolega/dokucza w tej chwili?:.....

.....

Wymień jakie leki są w tej chwili używane? (opakowania z instrukcją proszę zabrać ze sobą na pierwszą konsultację):.....

.....

Tym wyjaśniam, powyższą listę wypełniłem(łam) zgodnie z prawdą, jestem wystarczająco poinformowany(na) i zgadzam się na terapię Neurochirurgii.

Miejscowość:.....Data:Podpis:.....

Umowy : Konsultacja duża:Konsultacja następna:.....

Wypełnioną listę prześlij na adres :
Praktijk voor Neurochirurgie, t.a.v. Mevr. K. Bergsma-Flis, Kerkstraat 29, 2959 BS Streefkerk,
Więcej informacji na: www.perikarion.eu