

DANE OSOBOWE PACJENTA :	
Data wypełnienia wywiadu	
Dane osobowe	Imię i Nazwisko: Wiek: Pesel: Adres: Nr telefonu: Waga: Wzrost:
Dane kontaktowe	Dane kontaktowe osoby upoważnionej (Imię nazwisko i telefon kontaktowy)
WYWIAD	
Rozpoznanie choroby	
Wynik histopatologiczny (z jakiego miejsca pobrany wycinek i data pobrania)	
Choroby współistniejące	1. Czy choruje pan/pani na cukrzycę? TAK/NIE tarczycę? TAK/NIE nadciśnienie? TAK/NIE zakrzepicę żylną? TAK/NIE choroby serca? TAK/NIE inne choroby:
Używki (alkohol, papierosy i inne)	

PRZEBYTE LECZENIE W SKRÓCIE

Przebyte operacje i ich daty	
Przebyte chemioterapie (daty i rodzaje podawanych leków)	
Przebyte radioterapie (na jakie miejsce ciała zastosowano leczenie i daty naświetleń)	
Inne terapie (brachyterapia, hormonoterapia – jakie leki przyjmowano, i inne)	
Badania obrazowe (TK,MR,RTG,PET) (daty badań)	
Czy w rodzinie występowały choroby nowotworowe? (jeśli tak to u którego członka rodziny i jaki rodzaj nowotworu)	

Czy jest Pan/Pani uczulony na leki?	
--	--

PROSZĘ OPISAĆ:

- **JAK ZACZEŁA SIĘ CHOROBA Z KTÓRĄ ZGŁASZA SIĘ PAN/PANI DO NASZEGO GABINETU.**
- **KIEDY WYSTĄPIŁY DOŁĘGLIWOŚCI, I JAK WYGLĄDAŁY.**
- **CZY PRZEBYWAŁ PAN/PANI W SZPITALACH? CZY PODCZAS POBYTU WYKONYWANE BYŁY ZABIEGI/OPERACJE?**
- **CZY PRZYJMUJE PAN/PANI SYSTEMATYCZNIE LEKI? JESLI TAK TO JAKIE?**
- **CZY WYSTĘPUJĄ BÓLE?**

.....
CZYTELNY PODPIS PACJENTA/OSOBY UPOWAŻNIONEJ

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w oświadczeniu w celu realizacji jego funkcji.

Dane osobowe są chronione zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

.....
CZYTELNY PODPIS PACJENTA/OSOBY UPOWAŻNIONEJ