



ul. Sokola 50, 26 - 110 Skarżysko-Kamienna tel.(41) 27-85-001 wew.106
NIP 663-16-16-647 REGON 010647314

Data

29

Ankieta dla pacjenta zgłaszającego się na zabiegi fizjoterapeutyczne.

Imię i Nazwisko:

PESEL:

[illegible]

WIEK:



Nr tel.

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Proszę zaznaczyć występujące choroby lub problemy zdrowotne.

<input type="checkbox"/>	przebyta \ obecna choroba nowotworowa
<input type="checkbox"/>	obecność metali lub implantów (rozrusznik \ zespolenia metalowe itp.)
<input type="checkbox"/>	tętniaki, krwiaki, naczyniaki
<input type="checkbox"/>	choroby serca (stan po zawale, nadciśnienie)
<input type="checkbox"/>	osteoporoza
<input type="checkbox"/>	choroby tarczycy
<input type="checkbox"/>	stany zapalne skóry
<input type="checkbox"/>	wrażliwość na prąd
<input type="checkbox"/>	cięża
<input type="checkbox"/>	uczulenie na leki
<input type="checkbox"/>	inne

Oświadczam, że udzieliłem/-am wystarczających i prawdziwych informacji na temat mojego zdrowia (mojego dziecka). Zobowiązuje się zgłosić terapeutę każdą zmianę stanu zdrowia w trakcie udzielania zabiegów.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta \ opiekuna prawnego