Tisztelt Páciensem!

Kérem az alábbi adatokat legyen kedves kitöltve visszaküldeni.

Név:
Anyja neve:
Születési hely, idő:
Lakcím:
TAJ szám:
Foglalkozás, munkahely neve , címe:
Telefonszám:
E-mail cím:
Iskolai végzettség:
Allergia:
Diétás étrend:

Mozgás, sport:

Dohányzási szokások:
Alkoholfogyasztás:
Drogfogyasztás:
Stressz:
Női beteg esetén:

      - Első menzesz hány évesen:
      - Fogamzásgátlót szed-e?

      - Szülések száma:

      - Menopauza hány évesen (amennyiben aktuális):

Előző betegségek:

Előző műtétek:
Rendszeresen szedett gyógyszerek:

Szülők, testvérek, nagyszülők betegségei, ha vannak:
Van-e a családban thrombózishajlam, előfordult – e családban öngyilkosság, genetikai betegség, autoimmun betegség, atópiás hajlam:
Testvérek száma/neme:
Gyermekek száma/neme:
Testsúly:
Testmagasság:
Legutolsó mért vérnyomás és pulzus érték, amennyiben rendelkezésre áll:
Előző orvosának neve és címe:

Válaszát előre is köszönöm!
Időpont egyeztetés után (tel: 898-896 vagy drkisasszisztens@gmail.com) várjuk személyes jelentkezését!

Üdvözlettel,
dr. Kis Andrea