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