

KARTA PACJENTA:

Imię i Nazwisko:

Adres:

.....

Tel. Kontaktowy:

Adres e-mail:

Data Urodzenia:

Jednostki chorobowe przebyte lub w trakcie leczenia:

.....

.....

.....

Leki:

.....

.....

Cukrzyca typu 1: TAK NIE

Niewydolność wątroby lub nerek: TAK NIE

Rozrusznik serca: TAK NIE

Nowotwory: TAK NIE

Padaczka: TAK NIE

Ciąża: TAK NIE

Data i Podpis: