

"The Hemp Clinic" –
Klinika Konopna
ul. Jemiolowa 32
53-447 Wrocław
KRS 0000676981



Data:
Miejscowość:

ANKIETA MEDYCZNA

imię i nazwisko:
adres:
telefon:
płeć: wiek: data urodzenia:-.....-..... wzrost: waga: grupa krwi:
wykształcenie: wykonywany zawód:

rodzaj schorzenia:
data pierwszej diagnozy:
okolicznościtowarzyszące:
objawy:
(*tylko w przypadku pacjentów nowotworowych) czy są jakieś przerzuty ?:
Dotychczasowe metody "leczenia":

lekarze prowadzący:
choroby:
inne choroby:
uczulenia:
szczepienia:
historia choroby:
dostępna dokumentacja medyczna:
biopsja: TAK / NIE (*proszę załączyć wyniki przeprowadzonych badań)
operacje lub inne inwazyjne zabiegi ?:
dotychczasowe badania, data:
dolegliwości zgłaszane przez pacjenta:

wywiad środowiskowy / zagrożenia zdrowia w miejscu zamieszkania:

skierowanie do:

- dietetyk
- farmaceuta
- badania
- inne

uwagi:

załączone dokumenty:

- 1) Wyrażam zgodę na udostępnienie kopii mojej dokumentacji medycznej Fundacji "The Hemp Clinic" –
Klinika Konopna z siedzibą we Wrocławiu (53-447), ul. Jemiolowa 32, wpisaną do Rejestru Stowarzyszeń,
Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów
Opieki Zdrowotnej pod numerem KRS 0000676981, REGON 367251309, NIP 8943104929.

.....
(data, podpis)