

Imię , nazwisko , pesel

Adres data ur.

Tel. kom E-mail

CHOROBY	TAK <input checked="" type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	UWAGI
Alergiczne	<input type="checkbox"/>		
Astma	<input type="checkbox"/>		
Ostatni pobyt szpitalu	<input type="checkbox"/>		Przyczyna pobytu :
			<input type="text"/>
Dziedziczne	<input type="checkbox"/>		
Hemofilia	<input type="checkbox"/>		
WZW B <input type="checkbox"/> WZW C	<input type="checkbox"/>		
HIV	<input type="checkbox"/>		
Krwi	<input type="checkbox"/>		
Nerek	<input type="checkbox"/>		
Neurologiczne	<input type="checkbox"/>		
Okulistyczne	<input type="checkbox"/>		
Reumatologiczne	<input type="checkbox"/>		
Serca	<input type="checkbox"/>		
Układ krążenia	<input type="checkbox"/>		
Miażdżycza	<input type="checkbox"/>		
Nadciśnienie	<input type="checkbox"/>		
Układu nerwowego	<input type="checkbox"/>		
Układu pokarmowego	<input type="checkbox"/>		
Zaburzenia hormonalne	<input type="checkbox"/>		
Padaczka	<input type="checkbox"/>		
Cukrzyca	<input type="checkbox"/>		

INNE

UWAGI

Ciąża / miesiąc	<input type="checkbox"/>		
Alergia na leki / mat. stomatologiczne	<input type="checkbox"/>		
Alergia na nikiel	<input type="checkbox"/>		
Przypadki OMDLENIA u stomatologa	<input type="checkbox"/>		

Lista przyjmowanych aktualnie leków :

.....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym .

Data , podpis pacjenta