



Tytuł:	Imię:	Nazwisko:
Data Urodzenia:	Adres:	
Kod Pocztowy:	Tel. Stacjonarny:	Tel. Komórkowy:
Email:	Zawód:	
Detale Lekarza Rodzinnego:		

CZY?	TAK	NIE	SZCZEGULY
Otrzymujesz leczenie od lekarza/szpitala lub kliniki?			
Przyjmujesz jakiegokolwiek lekarstwa?			
Alergie na leki, substancje lub lateks?			
Możesz być w ciąży lub karmisz piersią?			
Cierpisz na choroby zakaźne np. WZW, żółtaczkę, H.I.V?			
Posiadasz "karty ostrzegawcze" np. diabetyka?			
Cierpisz na cukrzycę, choroby nerek, wątroby, lub inną poważną dolegliwość?			
Cierpisz na artretyzm, lub masz problemy z krzepiwością krwi?			
Katar sienny lub egzema?			

CZY CIERPISZ/ CIERPIALES NA?	TAK	NIE	SZCZEGULY
Udar mózgu, problemy z sercem lub ciśnieniem krwi?			
Operacja serca, wymiana stawu czy implant / stymulator serca?			
Gorączki reumatyczne lub cholera?			
Choroby układu oddechowego np. astma, zapalenie oskrzeli?			
Reakcje alergiczne na znieczulenia miejscowe?			
Zabiegi, operacje w szpitalu?			
Ataki padaczkowe, omdlenia lub utraty przytomności?			
Krew odrzucona, przez Bank Krwiodawstwa Krwi?			

CZY?	TAK	NIE	SZCZEGULY
Palisz papierosa? Ile dziennie?			
Spożywasz alkohol? Jeżeli tak, to ile jednostek (units) w ciągu tygodnia?			
Masz 'fobie dentystyczne'?			

Czasami możemy chcieć skontaktować się z Tobą z naszymi ofertami specjalnymi (list / SMS / e-mail). Możesz wycofać swoją zgodę w dowolnym momencie, informując nas.

Zgadzam się na okazjonalny kontakt. Nie zgadzam się na okazjonalny kontakt.

Podpis _____

Data _____