

WIZYTA NR:

DATA WIZYTY:

Na wizytę do gabinetu proszę przynieść wydrukowaną i rzetelnie wypełnioną ankietę oraz kserokopię dokumentacji medycznej, która pozostanie w kartotece pacjenta.

Imię i nazwisko pacjenta:

Imię i nazwisko rodziców (jeżeli pacjentem jest dziecko małoletnie):

Adres zamieszkania:

Kontakt telefoniczny:

Adres emaliowy:

Data urodzenia:

Wzrost:

Waga:

(W przypadku pacjentów niepełnoletnich - zawód rodziców)

Skąd dowiedziała(e)ś się o dietetyku:

Oczekiwania wobec dietetyka:

Wykonywany zawód:

Oświadczam, że udzieliła(e)m pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie w szczególności dotyczące stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz przebytych urazów i zabiegów.

.....

Data i podpis pacjenta

Proszę wypisać w punktach:

HISTORIA CHOROBY/OBJAWY, ZABIEGI, OPERACJE, SPOSÓB LECZENIA

CHOROBY W RODZINIE

ZAŻYWANE LEKI, SUPLEMENTY, WITAMINY, PARAFARMACEUTYKI –
DAWKOWANIE

RODZAJ ALERGII

GŁÓWNE ALERGENY

CZY WYSTĄPIŁA POSTAĆ WSTRZĄSOWA TAK LUB NIE - PO JAKIM PRODUKCIE

Oświadczam, że udzieliła(e)m pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie w szczególności dotyczące stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz przebytych urazów i zabiegów.

.....
Data i podpis pacjenta

JADŁOSPIS Z OSTATNICH 2 TYGODNI STANOWI GŁÓWNY ELEMENT DIAGNOSTYKI
DLATEGO PROSZĘ O JEGO OBOWIĄZKOWE OPRACOWANIE.

GODZINA POSIŁKU	JADŁOSPIS	NIEPOKOJĄCE OBJAWY

GODZINA POSIŁKU	JADŁOSPIS	NIEPOKOJĄCE OBJAWY