ANKIETA DLA PACJENTÓW KWALIFIKOWANYCH DO E-KONSULTACJI

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Data urodzenia | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| PESEL | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Email | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Telefon | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Kto zleca e-konsultację ? | Wybierz element. |
| Czy wyraża Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych i kontakt drogą elektroniczną? | [x]  |
| Adres zamieszkania | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Mam rozpoznany nowotwór lub guz | Wybierz element. |
| Podejrzenie nowotworu |[ ]
| Jestem skierowany na operację  |[ ]
| Czy ma posiada Pani/Pan kartę DILO |[ ]
| Konsultacja chirurga transplantologa |[ ]
| Chirurgiczne choroby wątroby i dróg żółciowych |[ ]
| Choroby odbytu (proktologia) |[ ]
| Jestem zainteresowany chirurgicznym leczeniem otyłości |[ ]
| Poprzednie zabiegi operacyjne | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Inne choroby współistniejące | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Leki obecnie zażywane | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |