



## ANKIETA O STANIE ZDROWIA

W celu skorzystania z usług świadczonych przez: Piotra Łysoniewskiego prowadzącego działalność gospodarczą pod firmą: „Terapie holistyczne - Piotr Łysoniewski” z siedzibą pod adresem: ul. Kremerowska 2 lok. 1, 31-130 Kraków, posiadającego numer NIP: 6551966687 oraz REGON: 385115058, wpisanego do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, prosimy o uzupełnienie niniejszej ankiety o stanie zdrowia.

### DANE KLIENTA

---

---

Imię i nazwisko

---

Data urodzenia

---

Adres zamieszkania

---



## ANKIETA O STANIE ZDROWIA

Poniżej znajduje się ankieta o stanie zdrowia. Prosimy o jej uważne przeczytanie i uzupełnienie zgodnie z prawdą poprzez wpisanie w odpowiedniej kolumnie słowa „TAK” (jeśli dane schorzenie lub problem zdrowotny występuje) lub „NIE” (jeśli dane schorzenie lub problem zdrowotny nie występuje). Tam, gdzie to konieczne należy odpowiednio uzupełnić ankietę.

### CHOROBY LUB PROBLEMY ZDROWOTNE, KTÓRE WYSTĘPUJĄ U KLIENTA

Alergie skórne, pokarmowe, wziewne, trądzik, egzema, łuszczyca lub inne problemy skórne	<input type="text"/>
Choroby układu sercowo-naczyniowego np. nadciśnienie tętnicze, niedociśnienie lub inne	<input type="text"/>
Choroby układu oddechowego np. nawracające infekcje dróg oddechowych, POChP lub inne	<input type="text"/>
Dolegliwości układu pokarmowego np. IBS, SIBO, IMO, WZJG, wrzody żołądka i dwunastnicy	<input type="text"/>
Zakażenie Helicobacter pylori lub/i zakażenia pasożytnicze	<input type="text"/>
Cukrzyca typ .....	<input type="text"/>
Choroby tarczycy np. niedoczynność, nadczynność lub inne	<input type="text"/>
Endometriozę, zanik miesiączki, problemy z płodnością, PCOS	<input type="text"/>
Nawracające infekcje układu moczowo-płciowego	<input type="text"/>
Choroby układu kostno-stawowego i tkanki łącznej np. RZS, ZZSK, toczeń rumieniowaty, rwa kulszowa	<input type="text"/>
Migreny, nawracające bóle głowy	<input type="text"/>
Stany depresyjne, lękowe, ataki paniki, nerwica	<input type="text"/>
Choroby onkologiczne	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>



## ANKIETA O STANIE ZDROWIA

**INNE CHOROBY LUB PROBLEMY ZDROWOTNE, KTÓRE NIE ZOSTAŁY WYMIENIONE POWYŻEJ**

**PRZYJMOWANE LEKI - NAZWA ORAZ DAWKA**



## ANKIETA O STANIE ZDROWIA

### OŚWIADCZENIE

---

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są zgodne z prawdą. Mam świadomość, że zatajenie informacji lub podanie ich w sposób niezgodny z prawdą może skutkować negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi, pogorszeniem mojego stanu zdrowia, a w niektórych przypadkach nawet śmiercią.

KRAKÓW

---

Data, godzina, podpis