**Ankieta konsultacji hematologicznej**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Data urodzenia |  |
| Obecne dolegliwości/objawy/główny problem zdrowotny |  |
| Wymień choroby współistniejące / schorzenia |  |
| Wymień przebyte zabiegi operacyjne |  |
| Wymień leki jakie przyjmujesz (wraz z dawką, częstością oraz od jakiego czasu) |  |
| Wykonywany zawód |  |
| Alkohol/papierosy/używki/suplementy diety |  |
| Uczulenia /alergie |  |