**Ankieta konsultacji Onkologicznej**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Data urodzenia |  |
| Obecne dolegliwości/objawy/główny problem zdrowotny (choroba, która jest powodem konsultacji, np. rak prostaty, rak nerki itp.) |  |
| Wymień choroby współistniejące / schorzenia (np. nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroba tarczycy itp.). |  |
| Wymień przebyte zabiegi operacyjne – proszę podać orientacyjną datę oraz co było operowane) |  |
| Wymień leki jakie przyjmujesz (wraz z dawką, częstością oraz od jakiego czasu) |  |
| Czy w najbliższej rodzinie występowały choroby nowotworowe ? Jeśli tak to jakie? |  |
| Alkohol/papierosy/używki/suplementy diety |  |
| Uczulenia /alergie |  |
| Czego oczekujesz od teleporady?  (zaproponowanie dalszego leczenia? Ocena dotychczasowych wyników leczenia, szukam badania klinicznego ? itp.). |  |