

Imię i nazwisko

1. Z jakiego powodu został Pan/Pani skierowany na badanie ?

.....

2. Czy był Pan/Pani operowany ? TAK NIE

Jeżeli tak to kiedy?

Rodzaj operacji

3. Czy ma pan/pani wyniki biopsji? TAK NIE

4. Czy miał pan/pani Chemio lub Radioterapie? TAK NIE

Jeżeli tak, proszę podać kiedy

5. Czy występują dolegliwości bólowe? TAK NIE

Gdzie jest zlokalizowany ból?

Jakie ma nasilenie?

Od kiedy występuje?

strona PRAWA LEWA

6. Czy leczy się Pan/Pani na inne choroby ogólnoustrojowe TAK NIE

Jeżeli tak to na jakie?

Dodatkowe uwagi