

NAZWISKO ..... IMIĘ ..... PESEL .....

Czy w rodzinie występują choroby skóry?	<input type="checkbox"/> Tak. Jakie	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
Czy w rodzinie występował czerniak?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
Czy w rodzinie występowały inne nowotwory skóry? Jakże			
Czy ma Pani/Pan stwierdzone choroby alergiczne?	<input type="checkbox"/> Tak. Jakie	<input type="checkbox"/> Nie	
Czy obecny problem skóry pojawił się po raz pierwszy?	<input type="checkbox"/> Nie. Jakże było dotychczasowe leczenie?		<input type="checkbox"/> Tak
Czy u Pani/Pana występuje zapalenie tarczycy?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Czy u Pani/Pana występuje zapalenie wątroby?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Jak oceniłaby Pani/Pan nasilenie stresu w życiu codziennym – w skali od 0 do 10			
Czy w ostatnich 3 miesiącach chorował/a Pan/i poważnie lub doświadczyła Pani intensywnego stresu?			
Czy miesiączkuje Pani regularnie?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Co ile dni? Ostatnia miesiączka?
Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne lub HTZ?	Jakże?		Od kiedy?
Czy ma Pan/i problem z włosami?	<input type="checkbox"/> Tak. Jaki		<input type="checkbox"/> Nie
Czy ma Pan/i problem z paznokciami?	<input type="checkbox"/> Tak. Jaki		<input type="checkbox"/> Nie
Czy badał/a Pan/i znamiona skóry?	<input type="checkbox"/> Tak. Kiedy?	Jaka diagnoza?	<input type="checkbox"/> Nie
Jaki rodzaj kremów stosuje Pan/i do twarzy?			
Czy balsamuje Pan/i całe ciało?			
Czy stosuje Pan/i w lato ochronę przeciwsłoneczną?			

**UWAGA:** Wszystkie informacje uzyskane od Państwa wykorzystywane będą w procesie leczenia, są poufne, dotyczą dokumentacji lekarskiej i objęte są tajemnicą zawodową.

.....  
data i podpis pacjenta