

**TWOJA HISTORIA
FOSTER BRIEF**



1. W czym możemy Pani/Panu pomóc? Proszę opisać odczuwane dolegliwości.

2. Kiedy się one pojawiły, jak bardzo są uciążliwe? Czy coś je nasila? Jaka jest ich częstotliwość?

3. Jakie zostały dotychczas wykonane badania? Kiedy?

4. Czy zażywa Pani/Pan jakieś leki? Jakież?

5. Czy przechodził Pani/Pan jakieś zabiegi? Jeśli tak to kiedy?

6. Dodatkowe uwagi.

Imię i nazwisko:

PESEL/Data urodzenia:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez FOSTER CLINIC Sp. z o.o.. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałam/Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Podpis:

Data: