

Informacje osobowe:

Imię/Nazwisko

Data urodzenia

Adres

Telefon

E-mail

Zawód

Uprawiany sport:

Hobby

Wzrost

Waga

Stan Zdrowia - Obecne dolegliwości (ocena subiektywna)

Problemy/dolegliwości:

Stan Zdrowia - Twoja Historia medyczna

1. Wypadki:

2. Choroby:



3. Złamania:

4. Operacje/zabiegi chirurgiczne:

5. Poważniejsze urazy, traumy:

6. Ból, podatność na siniaki:

7. Kobiety – porody, mechaniczne urządzenia antykoncepcyjne, bóle okresowe/PM:S

8. Choroby zakaźne:

9. Inne ważne informacje:

**Zgadzam się na odbycie 10 sesji Integracji Strukturalnej oraz akceptuję regulamin gabinetu
Daniel Bartłomiejczyk Integracja Strukturalna**

Data

Podpis

