

KWESTIONARIUSZ

1. imię

2. data urodzenia

3. wzrost

4. waga

5. telefon

6. e-mail

7. Kiedy dowiedział/a się Pani/Pan o chorobie nowotworowej / data /

8. Jaki nowotwór został zdiagnozowany

9. Jakie zastosowano leczenie

10. Jakie leczenie stosuje Pan/Pani w chwili obecnej

11. Jakie zastosowano formy terapii

12. Czy w tej chwili korzysta Pani z terapii / jeżeli tak to z jakiej /

13. Czy stosowane były metody leczenia niekonwencjonalnego /jeżeli tak to jakie/

14. Na jakie inne choroby Pan/Pani choruje

15. Czy są problemy ze sprawnością fizyczną / jeżeli są to jakie /

16. Czy Pan/ Pani pracuje /, jeżeli tak to proszę określić charakter pracy /

17. Dolegliwości

- | | | |
|---------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| • Zmęczenie | tak
<input type="checkbox"/> | nie
<input type="checkbox"/> |
| • Nudności, wymioty | tak
<input type="checkbox"/> | nie
<input type="checkbox"/> |
| • Ból | tak
<input type="checkbox"/> | nie
<input type="checkbox"/> |
| • Dusznosc | tak
<input type="checkbox"/> | nie
<input type="checkbox"/> |

