

COLONAIQ VIZSGÁLAT ELŐTTI KÉRDŐÍV

Név:

Születési hely, idő:

Neme: nő férfi

E-mail cím:

Telefon:

*Kérjük, válaszait aláhúzással és szükség esetén kitöltéssel jelölje!***1. Van-e ismert emésztőrendszeri betegsége?**

NINCS / VAN

Ha van, akkor a diagnózis(ok):

2. Van-e jelenlegi emésztőrendszeri panasza?

NINCS / VAN

Ha van, akkor a panaszok:

Szorulás / hasmenés / fájdalom / puffadás / görcsök / megváltozott székelési szokások /

Egyéb:

3. Székletvér vizsgálaton részt vett-e korábban?

NEM / IGEN

Ha igen, eredménye: Dátuma (év-hó):

4. Volt-e korábban vastagbéltükrözése?

NEM / IGEN

Ha igen, mi volt a tükrözés eredménye: pozitív / negatív Dátuma (év-hó):

Ha pozitív, akkor a diagnózis:

Jóindulatú elváltozás: gyulladással eltérő / divertikulum / polip (típusa:.....)

Rosszindulatú elváltozás: adenoma / tumor (stádium:, szövettani típus:)

Egyéb:

5. Van-e korábbi/jelenleg fennálló ismert daganatos betegsége?

NEM / IGEN

Ha igen, akkor: Diagnózis dátuma (év-hó):

Daganat típusa: Daganat stádiuma:

6. Jelenleg szed-e bármilyen gyógyszert vagy részesül-e terápiában?

NEM / IGEN

Ha igen, milyen gyógyszert / terápiát:

7. Előfordult-e a családjában vastagbélrák?

NEM / IGEN

Ha igen, mi a rokonság foka (szülő, nagyszülő, testvér stb.):

8. Honnan értesült a ColonAiQ vizsgálatról? (nem kötelező)

Magánlabor-klinika / Orvos / Ismerős / Online hirdetés / Google keresés / Média

Egyéb:

9. Hozzájárul, hogy egészségügyi szolgáltatója a fenti adatokat a ColonAiQ vizsgálatot végző egészségügyi laboratóriumnak - Clinomics Europe Kft. – átadja és a laboratórium pácienskövetés céljából további szakmai kapcsolatot tartson Önnel?

IGEN / NEM

Hely, dátum:

.....

Aláírás *

*Érintett, vagy törvényes képviselő aláírása; korlátozottan cselekvőképességű, ill. cselekvőképtelen érintett esetén törvényes képviselő aláírása és olvasható neve.