



ANKIETA

Imię i Nazwisko.....

Adres:.....

.....

Telefon:.....

Stopień zaawansowania choroby.....

Od kiedy Pani/Pan choruje na chorobę Parkinsona?.....

Jakie są Pani/Pana główne dolegliwości?

.....

.....

Jakie leki Pani-Pan zażywa?.....

.....

Kto jest Pani/Pana lekarzem prowadzącym?

Imię i nazwisko.....

Adres Poradni

telefon kontaktowy.....

Kto jest Pani/Pana opiekunem?.....

telefon kontaktowy:.....

Czego oczekuje Pani/Pan od Stowarzyszenia?.....

.....