



Fundusze Europejskie
dla Świętokrzyskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Informacje podstawowe						
Imię.....			Nazwisko.....			
PESEL.....			Telefon.....			
Adres zamieszkania						
Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres zamieszkania)						
Moduł genetyczny						
WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ PROSZĘ OTOCZYĆ KÓŁKIEM						
1. Czy pozostaje Pan/Pani pod opieką Poradni Genetycznej?				TAK	NIE	
2. Czy chorował(a) Pan/Pani na nowotwór?				TAK	NIE	
3. Proszę wskazać lokalizację nowotworu (zajęty narząd)					
4. W jakim wieku zachorował Pan/Pani na nowotwór?					
Pana/Pani Krewni	Czy ktoś z Pana/Pani rodziny chorował na nowotwór?			Lokalizacja nowotworu (zajęty narząd)	W jakim wieku zachorował Pana/Pani krewny na nowotwór?	Czy Pana/Pani krewny zmarł na nowotwór - jeżeli tak, proszę podać wiek?
Brat/bracia	TAK	NIE	NIE WIEM			
Siostra/siostry	TAK	NIE	NIE WIEM			
Syn/synowie	TAK	NIE	NIE WIEM			
Córka/córki	TAK	NIE	NIE WIEM			
Wnuki i wnuczki	TAK	NIE	NIE WIEM			
OJCIEC	TAK	NIE	NIE WIEM			
Brat/Bracia ojca	TAK	NIE	NIE WIEM			
Siostra/siostry ojca	TAK	NIE	NIE WIEM			
Dziadek ze strony ojca	TAK	NIE	NIE WIEM			
Babcia ze strony ojca	TAK	NIE	NIE WIEM			
MATKA	TAK	NIE	NIE WIEM			
Brat/Bracia matki	TAK	NIE	NIE WIEM			
Siostra/siostry matki	TAK	NIE	NIE WIEM			
Dziadek ze strony matki	TAK	NIE	NIE WIEM			
Babcia ze strony matki	TAK	NIE	NIE WIEM			

.....
miejsowość, data, czytelny podpis UP