

NAZWISKO IMIĘ

Adres PESEL

Telefon e-mail:

Dokument ubezpieczenia Oddział NFZ

UWAGA: wszystkie informacje uzyskane od Państwa wykorzystywane będą w procesie leczenia, są poufne, wchodzi w skład dokumentacji medycznej i objęte są tajemnicą zawodową.

Prosimy o udzielenie szczerych i dokładnych odpowiedzi na poniższe pytania:
(proszę zaznaczyć **właściwą odpowiedź** i **podkreślić** Państwa chorobę)

CZY CHOROWAŁA LUB CHORUJE PANI NA KTÓRĄŚ Z PODANYCH NIŻEJ CHORÓB:				
1	Choroby wieku dziecięcego (Ospa, Odra, Różyczka, Świnka)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
2	Choroby serca (np. przebyty zawał serca, choroba niedokrwienna, duszność wysiłkowa, częste bóle za mostkiem, zapalenie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca, wady serca) Inne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
3	Choroby układu krążenia (np. nadciśnienie tętnicze, niskie ciśnienie krwi, częste omdlenia, duszności) Inne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
4	Choroby alergiczne (np. uczulenie na leki – antybiotyki, pokarmy, pyłki roślin, plaster, jodynę) Inne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
5	Choroby płuc i dróg oddechowych (np. częste zapalenia płuc, gruźlica, rozedma, pylica, astma oskrzelowa, przewlekłe zapalenia oskrzeli, przewlekły kaszel) Inne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
6	Choroby naczyń (np. żylaki, złe ukrwienie kończyn, zapalenia żył) Inne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
7	Choroby mięśni (np. miastenia). Inne Czy takie choroby występują w rodzinie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
8	Choroby układu nerwowego (np. padaczka, stwardnienie rozsiane, porażenia nerwów, drgawki, utraty przytomności, udar mózgu – wylew) Inne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
9	Choroby żołądka (np. choroba wrzodowa, zapalenie błony śluzowej, zwężenie wpustu żołądka) Inne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
10	Choroby wątroby (np. żółtaczką zakaźną, żółtaczką mechaniczną, marskość wątroby, zastój, kamica pęcherzyka żółciowego) Inne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
11	Choroby przemiany materii (np. cukrzyca, DNA) Inne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
12	Choroby tarczycy (np. nadczynność, niedoczynność, guzy tarczycy) Inne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
13	Choroby układu moczowego (np. zapalenie nerek, kamica nerkowa) Inne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
14	Choroby układu kostnego (np. zeszywnienie kręgosłupa, dyskopatie, reumatyczne choroby stawów) Inne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
15	Choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia krwi (np. hemofilia, częste krwawienia z nosa, siniaki po drobnych urazach) Inne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
16	Choroby oczu (np. jaskra, wysoka krótkowzroczność > 5 dioptrii, nierówność źrenic, zaćma) Inne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
17	Czy była Pani leczona z powodu depresji, nerwicy lub innych podobnych chorób?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
18	Czy choruje Pani na inną chorobę lub skarży się na dolegliwość, o którą nie pytaliśmy się w ankiecie? Jeśli TAK to na jaką?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
19	Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy nastąpiła u Pani niezamierzona utrata wagi przekraczająca 5% zwykłej masy ciała?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Ile
20	Czy ma Pani przewlekłe nałogi (np. palenie tytoniu, alkohol, substancje psychoaktywne). Jeżeli TAK to jakie? Jak długo? Jaka ilość?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
21	Czy w pani rodzinie występowały nowotwory? Jeśli TAK to u kogo i jakich narządów?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem

OPERACJE					
Czy była Pani operowana? <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	data	Zakres		
		data	Zakres		
		data	Zakres		
Czy przechodziła Pani zabiegi? (np. na szyjce macicy) <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	data	Zakres		
		data	Zakres		
		data	Zakres		
PIERWSZA MIESIĄCZKA:	Kiedy?	Rok życia	Samoistna <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Wywołana lekami <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
CYKL MIESIĄCZKOWY (liczony od 1-go dnia krwawienia do 1-go dnia kolejnego krwawienia, np. 28-35)					
Regularne <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Najkrótszy: Dni		Najdłuższy: Dni		
Długość krwawienia od dni do dni					
Intensywność krwawienia	<input type="checkbox"/> Skąpe	<input type="checkbox"/> Mierne	<input type="checkbox"/> Obfite	<input type="checkbox"/> Skrzepy	
REGULARNE DOLEGLIWOŚCI:					
Bolesne miesiączkowanie		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		
Bolesny pierwszy dzień		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		
Bóle podczas całej miesiączki		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		
Bole poza miesiączkowe		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		
Plamienie przed miesiączką		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		
Plamienie w trakcie cyklu		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		
Upławy		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		
OSTATNIA MIESIĄCZKA (data))					
Czy ostatnia miesiączka była taka jak zwykle?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		
Czy wystąpiła po dłuższej przerwie?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		
LEKI					
Czy stosuje Pani przewlekle leki?		<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Jakiej?		
Czy stosuje Pani antykoncepcję?		<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Jaką?		
Czy stosuje Pani leczenie hormonalne?		<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Jakiej?		
Czy stosuje Pani hormonalną terapię zastępczą (po menopauzie)		<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Jaką?		
Inne leki?		<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Jakiej?.....		
PORODY					
Czy rodziła Pani?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		
Rok	<input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Córka <input type="checkbox"/> waga	<input type="checkbox"/> poród siłami natury <input type="checkbox"/> kleszcze / vacuum <input type="checkbox"/> cięcie cesarskie	W tygodniu ciąży	Żyje: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Powikłania <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Rok	<input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Córka <input type="checkbox"/> waga	<input type="checkbox"/> poród siłami natury <input type="checkbox"/> kleszcze / vacuum <input type="checkbox"/> cięcie cesarskie	W tygodniu ciąży	Żyje: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Powikłania <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Rok	<input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Córka <input type="checkbox"/> waga	<input type="checkbox"/> poród siłami natury <input type="checkbox"/> kleszcze / vacuum <input type="checkbox"/> cięcie cesarskie	W tygodniu ciąży	Żyje: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Powikłania <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy ronila Pani?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		
Rok	Tydzień ciąży	<input type="checkbox"/> Samoistne	<input type="checkbox"/> Sztuczne		
Rok	Tydzień ciąży	<input type="checkbox"/> Samoistne	<input type="checkbox"/> Sztuczne		
Rok	Tydzień ciąży	<input type="checkbox"/> Samoistne	<input type="checkbox"/> Sztuczne		
BADANIA					
Kiedy wykonywała Pani ostatnio badanie cytologiczne szyjki macicy.			Data Wynik.....		
Czy kiedykolwiek wynik był nieprawidłowy?		<input type="checkbox"/> Tak. Kiedy?	<input type="checkbox"/> Nie		
Czy były oznaczane HPV? (wirusy brodawczaka ludzkiego)		<input type="checkbox"/> Tak. Wynik	<input type="checkbox"/> Nie		
Czy była Pani zaszczepiona p. HPV (wirus brodawczaka ludzkiego)		<input type="checkbox"/> Tak. Kiedy?	<input type="checkbox"/> Nie		
Czy miała Pani wykonywaną mammografię?		<input type="checkbox"/> Tak. Kiedy?	Wynik: <input type="checkbox"/> Nie		

Oświadczam, że wszelkie podane informacje są zgodne z prawdą i nie zataiłem/łam żadnych danych dotyczących stanu mojego zdrowia.

.....
Czytelny podpis pacjenta

.....
data,

Dziękujemy