

NAZWISKO IMIĘ

Adres PESEL

Telefon e-mail:

Dokument ubezpieczenia Oddział NFZ

UWAGA: wszystkie informacje uzyskane od Państwa wykorzystywane będą w procesie leczenia, są poufne, wchodzą 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 endokrynologiczne (np. nadczynność tarczycy, niedoczynność tarczycy, guzy tarczycy zapalenie tarczycy Hashimoto, choroba Graves-Basedowa,, niewydolność nadnerczy, choroby przyadki, zespół policystycznych jajników, hyperprolaktynemia) Inne	<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 , sarkoidoza) 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 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
8	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
9	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
10	Choroby przemiany materii (np. cukrzyca, DNA,toczeń) Inne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
11	Choroby mięśni (np. miastenia, stwardnienie rozsiane). Inne..... Czy takie choroby występują w rodzinie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
12	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
13	Choroby jelit (choroby zapalne jelit, zespół jelita drażliwego ,celiakia ,zaburzenia wchłaniania)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	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
16	Czy choruje Pan/i 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	
17	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
18	Czy ma Pan/i przewlekłe nałogi (np. palenie tytoniu, alkohol, substancje psychoaktywne). Jeżeli TAK to jakie? Jak długo ? Jaka ilość?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
19	Czy w Pana/i rodzinie występowały nowotwory? Jeśli TAK to u kogo i jakich narządów?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem

Pytania dotyczące tylko kobiet:

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 dni <input type="checkbox"/> Nie od dni do 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
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"/> Jakże?	
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"/> Jakże?	
Czy leczy/ła się Pani z powodu niepłodności?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak		
Czy leczy/ła się Pani z powodu zaburzeń cyklu?			
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"/> Jakże?.....	
OPERACJE			
Czy była Pani operowana?	<input type="checkbox"/> Tak	data	Zakres
<input type="checkbox"/> Nie		data	Zakres
		data	Zakres
		data	Zakres
		data	Zakres
		data	Zakres
PORODY			
Czy rodziła Pani?	<input type="checkbox"/> Tak Ile razy?.....	<input type="checkbox"/> Nie	
Czy roniła Pani?	<input type="checkbox"/> Tak Ile razy?.....	<input type="checkbox"/> Nie	
BADANIA			
Kiedy wykonywała Pani ostatnio badania hormonalne? Jakże?	DataWynik..... Data.....Wynik..... Data.....Wynik.....		
Czy kiedykolwiek wynik był nieprawidłowy?	<input type="checkbox"/> Tak. Kiedy?	<input type="checkbox"/> Nie	
	<input type="checkbox"/> Tak. Wynik	<input type="checkbox"/> Nie	
	<input type="checkbox"/> Tak. Kiedy?	<input type="checkbox"/> Nie	
	<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