

IMIĘ ..... NAZWISKO..... WIEK:.....

PESEL □□□□□□□□□□ Tel..... e-mail.....

ADRES.....

**UWAGA:** Wszystkie informacje uzyskane od Pana wykorzystywane będą w procesie leczenia, są poufne, dotyczą dokumentacji lekarskiej i objęte są tajemnicą zawodową.

WZROST:	WAGA:	BMI:
Najwyższa waga ..... Kiedy? .....	Najniższa waga: ..... Kiedy? .....	
Chciałabym: <input type="checkbox"/> Schudnąć <input type="checkbox"/> Przytyć		

Stan cywilny	<input type="checkbox"/> Żonaty	<input type="checkbox"/> Singiel	<input type="checkbox"/> W związku
--------------	---------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

Czy pali Pan papierosy?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Nigdy nie paliłem	<input type="checkbox"/> TAK. Od kiedy? ..... Ile? .....
-------------------------	------------------------------	--	---

Czy był Pan operowany?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Kiedy? ..... Powód .....	<input type="checkbox"/> TAK. Kiedy? ..... Powód .....
------------------------	------------------------------	--	--

Czy choruje Pan aktualnie na jakieś choroby przewlekłe?( cukrzyca, padaczka, inne)	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Jakie? .....
---	------------------------------	--

Czy choruje Pan na choroby infekcyjne?(ostre/przewlekłe np. zapalenie wątroby, AIDS, gruźlica)	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Jakie? .....
---	------------------------------	--

Czy cierpi Pan na alergię (np. astma, katar sienny) lub nadwrażliwość np. na leki (głównie jod i penicylina), plaster, lateks, produkty spożywcze, sierść zwierząt, środki znieczulenia miejscowego?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Jakie? .....
---	------------------------------	--

Czy ma Pan żylaki?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
--------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

Czy przyjmuje Pan na stałe jakieś leki?( np. rozrzedzające krew, środki nasercowe, przeciwbólowe, obniżające ciśnienie krwi lub przeciwzakrzepowe jak np. Acard®, Aspirin®, Plavix®, hormony	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Jakie?
---	------------------------------	--------------------------------------

Czy u Pana lub w rodzinie występowały epizody niewyjaśnionych krwotoków?( siniaki po niewielkim urazie, krwawienie przy drobnych zranieniach, po operacjach lub leczeniu stomatologicznym,	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Jakie? ..... U kogo? .....
---	------------------------------	---

Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana epizody zakrzepowe?(zakrzepica kończyn dolnych, zator, udar)	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Jakie?.....
---	------------------------------	---

Czy przetaczana była już krew konserwowana lub produkty krwiopochodne?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Czy wystąpiły komplikacje?
---	------------------------------	--

Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy leczono Pana kortyzonem, prednizonem lub innymi kortykosteroidami, cytotatykami lub poddawano radioterapii?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Jakie? ..... Kiedy? .....
--	------------------------------	--

Czy ma Pan wszczepiony rozrusznik/ metalowy implant/ piercing?( zakreślić właściwe)	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Inne .....
--	------------------------------	--

Czy miał Pan kiedykolwiek problem z gojeniem ran?(przedłużone gojenie ropnie, przetoki, bliznowiec)	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Jakie? .....
--	------------------------------	--

Czy stwierdza Pan zmianę / ból / wyciek z brodawki? (zakreślić właściwe)	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Od kiedy .....
---	------------------------------	--

Czy na nowotwór piersi chorował członek rodziny?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Kto ..... Kiedy.....	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
--	------------------------------	--	-----------------------------------

Czy wykryto u Pana mutację BRCA1,2	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
------------------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

Czy były wykonywane u Pana badania hormonalne?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Jakie?
--	------------------------------	--------------------------------------

Czy leczy się Pan endokrynologicznie (choroby tarczycy, przysadki)?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK. Jakie?
--	------------------------------	--------------------------------------