

NAZWISKO IMIĘ data urodzenia

Wzrost Waga Ciśnienie tętnicze

Czy Pan/i chorował/a lub choruje na którąś z podanych niżej chorób (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź i podkreślić Państwa chorobę):				
1	Choroby serca (np. przebyty zawał serca, choroba niedokrwienna, duszność wysiłkowa, częste bóle za mostkiem, zapalenie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca, wady serca)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
2	Choroby układu krążenia (np. nadciśnienie tętnicze, niskie ciśnienie krwi, częste omdlenia, duszności) Czy w najbliższej rodzinie występowały takie choroby?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak – u kogo? Jakiej?	
3	Choroby alergiczne (np. uczulenia na leki – antybiotyki, pokarmy, pyłki roślin, plaster, jodynę)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
4	Choroby płuc i dróg oddechowych (np. częste zapalenia płuc, gruźlica, pylica, rozedma, astma oskrzelowa, przewlekłe zapalenie oskrzeli, przewlekły kaszel)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
5	Choroby naczyń (np. żylaki, złe ukrwienie kończyn, zapalenia żył)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
6	Choroby mięśni (np. mastenia oraz czy takie schorzenia występują w rodzinie)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
7	Choroby układu nerwowego (np. padaczka, stwardnienie rozsiane, podrażnienia nerwów, drgawki, utraty przytomności, udar mózgu – wylew)	<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)	<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)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
10	Choroby przemiany materii (np. cukrzyca, DNA)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
11	Choroby tarczycy (np. nadczynność, niedoczynność, guzy)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
12	Choroby układu moczowego (np. zapalenie nerek, kamica nerkowa)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
13	Choroby układu kostnego (np. zeszywnienie kręgosłupa, dyskopatie, reumatyczne choroby stawów)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
14	Choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia krwi (np. hemofilia, częste krwawienia z nosa, siniaki po drobnych urazach)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
15	Choroby oczu (np. jaskra, wysoka krótkowzroczność >[-5 Dioptrii], nierówność źrenic, zaćma)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
16	Czy był/a Pan/i leczony/na z powodu depresji, nerwicy lub innych podobnych chorób?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
17	Czy choruje Pan/i na inną chorobę lub skarży się na dolegliwość, o którą nie pytaliśmy w ankiecie? Jeżeli tak to na jaką?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Czy w Pana/i rodzinie występowały nowotwory?		<input type="checkbox"/> Tak – u kogo? Jakich narządów?		<input type="checkbox"/> Nie
Czy przebył/a Pan dotychczas jakieś operacje?		<input type="checkbox"/> Tak – Jakie operacje? Kiedy?		<input type="checkbox"/> Nie
Czy stosuje Pan/i przewlekłe leki (w tym antykoncepcyjne, hormonalne, HTZ)? Jakie.....				
Czy pali Pan/i papierosy?	<input type="checkbox"/> Tak. Ile dziennie?	<input type="checkbox"/> Nigdy nie paliłem/am.	<input type="checkbox"/> Przystałem/am palić. Kiedy?	
Czy pije Pan/i alkohol?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak – Ile na dzień tydzień miesiąc.....		

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

.....
data i podpis pacjenta