

NAZWISKO ..... IMIĘ ..... data urodzenia .....

Wzrost ..... Waga ..... Ciśnienie tętnicze .....

Czy Pan/i chorował/a lub choruje na którąś z podanych niżej chorób (proszę zaznaczyć <b>właściwą</b> odpowiedź i <b>podkreślić</b> Państwa chorobę):				
1	Choroby układu krążenia: NADCIŚNIENIE TĘTNICZE, niskie ciśnienie tętnicze, zasłabnięcia, omdlenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Choroby serca: choroba wieńcowa, zawał serca, arytmie, migotanie przedsionków, wady serca, bóle zastawkowe, duszności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Udar mózgowy niedokrwienny, krwotok śródmózgowy, krwawienie podpajęczynówkowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bóle głowy napadowe, np. "migreny" itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Napadowe zawroty głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Bóle kręgosłupa, „korzonki”, „rwa kulszowa”, bóle karku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Bóle stawów: kolanowych, biodrowych, barkowych, innych; czy leczył/a się Pan/i u Reumatologa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Drewnienia rąk, nóg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Zaniki mięśni, niedowłady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Stwardnienie rozsiane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Padaczka, utraty przytomności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Drgawki, drżenia kończyn, choroba Parkinsona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Zaburzenia pamięci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Miastenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Cukrzyca – na tabletkach? na insulinie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Choroby tarczycy – nadczynność, niedoczynność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Choroby płuc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Zapalenie żył, miażdżyca tętnic kończyn dolnych (tzw.zarostowa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Choroby krwi: anemia, nadkrwistość (czerwieńca), choroby rozrostowe: białaczki, chłoniaki; zaburzenia krzepnięcia: hemofilia, małopłytkowość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Choroby wątroby: WZW, uszkodzenie toksyczne, stłuszczenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Choroby żołądka: CHOROBA WRZODOWA, zapalenie żołądka; zapalenie jelit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Choroby układu moczowego: zapalenia, kamica, nietrzymanie moczu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Dna moczanowa, podagra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Choroby oczu: jaskra, zaćma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Depresja, nerwica, stany lękowe – czy leczenie u Psychiatry?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	UCZULENIA, także na leki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Urazy zwłaszcza głowy, kręgosłupa, złamania kończyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Czy był/a Pan/i leczony/a z powodu choroby nowotworowej? Lokalizacja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Czy w Pana/i rodzinie (u krewnych) występowały choroby nowotworowe? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Czy stosuje Pan/i przewlekłe leki? .....			
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