

Proszę o udzielenie szczerych i dokładnych odpowiedzi na poniższe pytania pozwoli to na poświęcenie większej ilości czasu na rozpoznanie problemu i udzielenie porady.

NAZWISKO IMIĘ

Zawód Stan cywilny

Liczba dzieci Mieszkam z:

1	Czy Pani / Pana matka w czasie ciąży chorowała?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2	Czy były powikłania podczas Pani / Pana porodu?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3	Czy w okresie dzieciństwa występowały zaburzenia rozwoju?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
4	Czy w dzieciństwie występowały drgawki, moczenie nocne lub lęki nocne?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
5	Czy były poważne choroby w dzieciństwie?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
6	Czy były problemy z nauką i zachowaniem?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
7	Czy wśród krewnych występowały zaburzenia psychiczne?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
8	Czy wśród krewnych występowały choroby neurologiczne?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
9	Czy ktoś z krewnych popełnił samobójstwo?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
10	Czy ktoś z krewnych był uzależniony od alkoholu?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
11	Czy nadużywa Pan / Pani alkoholu?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
12	Czy myślał(a) Pan / Pani kiedykolwiek o potrzebie ograniczenia picia alkoholu?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
13	Czy stosował(a) Pan / Pani narkotyki?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
14	Czy choruje Pan / Pani na jakiegó przewlekłegó choroby?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
15	Czy używa Pan / Pani jakiegókolwiek leków?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
16	Czy jest Pan / Pani uczulona na jakiegó leki?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
17	Czy miał(a) Pan / Pani kiedykolwiek napady padaczkowe, drgawki, utraty przytomności?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
18	Czy przechodził(a) Pan / Pani operacje w znieczuleniu ogólnym?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
19	Czy są sytuacje lub zjawiska wzbudzające w Panu / Pani lęk większy niż u innych osób?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
20	Czy doznał(a) Pan / Pani urazu głowy z utratą przytomności?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
21	Czy był(a) Pan / Pani już leczony(a) psychiatrycznie?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
22	Proszę wymienić stosowane do tej pory leki psychotropowe		
23	Czy był(a) Pan / Pani leczona w szpitalu psychiatrycznym?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
24	Proszę podać kiedy po raz pierwszy w Pana / Pani życiu pojawiły się zaburzenia psychiczne		
25	Czy podejrzewa Pan / Pani u siebie depresję?	<input type="checkbox"/> Tak*	<input type="checkbox"/> Nie

*/ Jeśli odpowiedź na pytanie nr 25 jest twierdząca, proszę o wypełnienie dodatkowego kwestionariusza dostępnego w Rejestracji

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