

L/001/07a

NAZWISKO IMIĘ

Adres PESEL

Telefon e-mail:

Dokument ubezpieczenia Oddział NFZ

UWAGA: wszystkie informacje uzyskane od Państwa wykorzystywane będą w procesie leczenia, są poufne, wchodzi 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)

1	Czy Pan/i chorował/a lub choruje na którąś z podanych niżej chorób:					
	Ospa	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem		
	Odra	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem		
	Różyczka	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem		
	Świnka	<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)	<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)	<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, przewlekły kaszel)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem		
6	Choroby naczyń (np. żylaki, złe ukrwienie kończyn, zapalenia żył)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem		
7	Choroby mięśni (np. miastenia). Czy takie choroby występują w rodzinie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem		
8	Choroby układu nerwowego (np. padaczka, stwardnienie rozsiane, porażenia nerwów, drgawki, utraty przytomności, udar mózgu – wylew)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem		
9	Choroby żołądka (np. choroba wrzodowa, zapalenie błony śluzowej, zwężenie wpustu żołądka)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem		
10	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		
11	Choroby przemiany materii (np. cukrzyca, DNA)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem		
12	Choroby tarczycy (np. nadczynność, niedoczynność, guzy tarczycy)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem		
13	Choroby układu moczowego (np. zapalenie nerek, kamica nerkowa)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem		
14	Choroby układu kostnego (np. zeszywnienie kręgosłupa, dyskopatie, reumatyczne choroby stawów)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem		
15	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		
16	Choroby oczu (np. jaskra, wysoka krótkowzroczność > 5 dioptrii, nierówność źrenic, zaćma)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem		
17	Czy był/a Pan/i leczony/a z powodu depresji, nerwicy lub innych podobnych chorób?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem		
18	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		
19	Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy nastąpiła u Pana/i niezamierzona utrata wagi przekraczająca 5% zwykłej masy ciała?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		
20	Czy ma Pan/i przewlekłe nałogi (np. palenie tytoniu, alkohol). Jeżeli TAK to jak długo, jaka ilość?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		
21	Czy w Pana/i rodzinie występowały nowotwory?	<input type="checkbox"/> Tak. U kogo? Jakich narządów?		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem	