

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)

CZY CHOROWAŁA LUB CHORUJE PANI NA KTÓRĄS Z PODANYCH NIŻEJ CHOROÓB:							
1	Choroby wieku dziecięcego (Ospa, Odra, Różyczka, 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, 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) I	<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, choroby reumatyczne)	<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)	<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	<input type="checkbox"/>	Nie
19	Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy nastąpiła u Pani niezamierzona utrata wagi przekraczająca 5% zwykłej masy ciała?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>	Ile
20	Czy ma Pan/i przewlekłe nałogi (np. palenie tytoniu, alkohol). <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak. Jak długo, jaka ilość?	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>	Tak		
21	Czy w Pana/i rodzinie występowały nowotwory? <input type="checkbox"/> Tak. U kogo? Jakich narządów?	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>	Nie wiem

OPERACJE					
22	Czy był/a Pan/i operowana?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	data	Zakres
		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	data	Zakres
		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	data	Zakres

LEKI POBIERANE							
23	Aspiryna	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Dawka
24	Acard	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Dawka
25	Ticopidyna	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Dawka
26	Bestpiryn	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Dawka
27	Antykoncepcja hormonalna	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Jaka?
28	Hormonalna terapia zastępcza	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Jaka?
29	Inne						