KLINIKA
PROMIENISTA

L/001/07a

NAZWISKO ..... IMIĘ .....

Adres ..... PESEL .....

Telefon ..... e-mail: .....

Dokument ubezpieczenia ..... Oddział NFZ .....

<u>UWAGA</u>: wszystkie informacje uzyskane od Państwa wykorzystywane będą w procesie leczenia, są poufne, wchodzą w skład dokumentacji medycznej i objęte są tajemnicą zawodową.

Prosimy o udzielenie szczerych i dokładnych odpowiedzi na poniższe pytania:

(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź i <u>podkreślić</u> Państwa chorobę)

1	Czy Pan/i chorował/a lub choruje na którąś z podanych niżej chorób:			
	Ospa	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
	Odra	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
	Różyczka	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
	Świnka	☐ Tak	☐ Nie	☐ 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)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
3	Choroby układu krążenia (np. nadciśnienie tętnicze, niskie ciśnienie krwi, częste omdlenia, duszności)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
4	Choroby alergiczne (np. uczulenie na leki – antybiotyki, pokarmy,	☐	☐	☐ Nie

	pyłki roślin, plaster, jodynę) Inne ……	Tak	Nie	wiem
5	Choroby płuc i dróg oddechowych (np. częste zapalenia płuc, gruźlica, rozedma, pylica, astma oskrzelowa, przewlekłe zapalenia oskrzeli, przewlekły kaszel)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
6	Choroby naczyń (np. żylaki, złe ukrwienie kończyn, zapalenia żył)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
7	Choroby mięśni (np. miastenia). Czy takie choroby występują w rodzinie ……	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
8	Choroby układu nerwowego (np. padaczka, stwardnienie rozsiane, porażenia nerwów, drgawki, utraty przytomności, udar mózgu – wylew)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
9	Choroby żołądka (np. choroba wrzodowa, zapalenie błony śluzowej, zwężenie wpustu żołądka)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
10	Choroby wątroby (np. żółtaczka zakaźna, żółtaczka mechaniczna, marskość wątroby, zastój, kamica pęcherzyka żółciowego)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
11	Choroby przemiany materii (np. cukrzyca, DNA)	☐	☐	☐ Nie

		Tak	Nie	wiem
12	Choroby tarczycy (np. nadczynność, niedoczynność, guzy tarczycy)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
13	Choroby układu moczowego (np. zapalenie nerek, kamica nerkowa)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
14	Choroby układu kostnego (np. zesztywnienie kręgosłupa, dyskopatie, reumatyczne choroby stawów)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
15	Choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia krwi (np. hemofilia, częste krwawienia z nosa, siniaki po drobnych urazach)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
16	Choroby oczu (np. jaskra, wysoka krótkowzroczność > 5 dioptrii, nierówność źrenic, zaćma)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
17	Czy był/a Pan/i leczony/a z powodu depresji, nerwicy lub innych podobnych chorób?	☐ Tak	☐ Nie	☐ 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? …… ……		☐ Tak	☐ Nie

	.....		
19	Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy nastąpiła u Pana/i niezamierzona utrata wagi przekraczająca 5% zwykłej masy ciała?	☐ Tak	☐ Nie
20	Czy ma Pan/i przewlekłe nałogi (np. palenie tytoniu, alkohol). Jeżeli TAK to jak długo, jaka ilość?	☐ Tak	☐ Nie

OPERACJE				
22	Czy był/a Pan/i operowana? ☐ Nie	☐ Tak	data	Zakres .....
		☐ Tak	data	Zakres ....
		☐ Tak	data	Zakres ....

		☐ Tak	data	Zakres …… ……
23	Czy przechodził/a Pan/i „drobne” zabiegi? ☐ Nie	☐ Tak	data	Zakres …… ……
		☐ Tak	data	Zakres ……
		☐ Tak	data	Zakres ……
		☐ Tak	data	Zakres …… ……

24	Czy występują u Pana/i:			
	Nudności	☐ Nie	☐ Nie wiem	☐ Tak …… ……
	Wymioty	☐ Nie	☐ Nie wiem	☐ Tak ……

				.....
	Zgaga	☐ Nie	☐ Nie wiem	☐ Tak ....
	Odbijania	☐ Nie	☐ Nie wiem	☐ Tak ....
25	Czy występują bóle brzucha?	☐ Nie	☐ Nie wiem	☐ Tak . Zlokalizowane są: - w nadbrzuszu (powyżej pępka) ☐ Nie ☐ Tak - w śródbrzuszu (powyżej pępka) ☐ Nie ☐ Tak - w podbrzuszu (powyżej pępka) ☐ Nie ☐ Tak
		Proszę określić charakter bólu		

		.....			
26	Proszę określić charakter wypróżnień oraz co jaki czas występują wypróżnienia	Regularne	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
		Zaparcia	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
		Biegunka	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
27	Czy zauważył/a Pan/i krew w stolcu?		☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
28	Czy zauważył/a pan/i śluz w stolcu?		☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem

PORODY				
29	Drogą naturalną	☐ Nie	☐ Tak	☐ Ile? .....Kiedy? .....
30	Cięcia cesarskie	☐ Nie	☐ Tak	☐ Ile? .....Kiedy? .....

LEKI POBIERANE

31	Aspiryna	☐ Nie	☐ Tak	☐ Dawka
32	Acard	☐ Nie	☐ Tak	☐ Dawka
33	Ticopidyna	☐ Nie	☐ Tak	☐ Dawka
34	Bestpiryn	☐ Nie	☐ Tak	☐ Dawka
35	Antykoncepcja hormonalna	☐ Nie	☐ Tak	☐ Jaka?
36	Hormonalna terapia zastępcza	☐ Nie	☐ Tak	☐ Jaka?
37	Inne			

Oświadczam, że wszelkie podane informacje są zgodne z prawdą i nie zataiłem/łam żadnych danych dotyczących stanu mojego zdrowia.

…… ……

Czytelny podpis pacjenta data,

Dziękujemy