KLINIKA
PROMIENISTA

L/003/104

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)

CZY CHOROWAŁA LUB CHORUJE PANI NA KTÓRĄŚ Z PODANYCH NIŻEJ CHORÓB:				
1	Choroby wieku dziecięcego (Ospa, Odra, Różyczka, 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) Inne ……	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
3	Choroby układu krążenia (np. nadciśnienie tętnicze, niskie ciśnienie krwi, częste omdlenia, duszności) Inne ……	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
4	Choroby alergiczne (np. uczulenie na leki – antybiotyki, pokarmy, pyłki roślin, plaster, jodynę) Inne ……	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem

5	Choroby płuc i dróg oddechowych (np. częste zapalenia płuc, gruźlica, rozedma, pylica, astma oskrzelowa, przewlekłe zapalenia oskrzeli, przewlekły kaszel) Inne ……	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
6	Choroby naczyń (np. żylaki, złe ukrwienie kończyn, zapalenia żył) Inne ……	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
7	Choroby mięśni (np. miastenia). Inne …… 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) Inne ……	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
9	Choroby żołądka (np. choroba wrzodowa, zapalenie błony śluzowej, zwężenie wpustu żołądka) Inne ……	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
10	Choroby wątroby (np. żółtaczka zakaźna, żółtaczka	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie

	mechaniczna, marskość wątroby, zastój, kamica pęcherzyka żółciowego) Inne			wiem
11	Choroby przemiany materii (np. cukrzyca, DNA) Inne	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
12	Choroby tarczycy (np. nadczynność, niedoczynność, guzy tarczycy) Inne	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
13	Choroby układu moczowego (np. zapalenie nerek, kamica nerkowa) Inne	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
14	Choroby układu kostnego (np. zesztywnienie kręgosłupa, dyskopatie, reumatyczne choroby stawów) Inne	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
15	Choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia krwi (np. hemofilia, częste krwawienia z nosa, siniaki po drobnych urazach) Inne	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
16	Choroby oczu (np. jaskra, wysoka krótkowzroczność > 5 dioptrii,	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie

	nierówność źrenic, zaćma) Inne ……			wiem
17	Czy była Pani leczona z powodu depresji, nerwicy lub innych podobnych chorób?	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem
18	Czy choruje Pani 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 Pani niezamierzona utrata wagi przekraczająca 5% zwykłej masy ciała?	☐ Tak	☐ Nie	☐ Ile
20	Czy ma Pani przewlekłe nałogi (np. palenie tytoniu, alkohol, substancje psychoaktywne). Jeżeli TAK to jakie? …… Jak długo ? …… Jaka ilość? ……	☐ Tak	☐ Nie	
21	Czy w pani rodzinie występowały nowotwory? Jeśli TAK to u kogo i jakich narządów?	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie wiem

	…… …… …… ……			