



MIEJSCE:

DATA:

ANKIETA DLA PACJENTÓW

Proszę wypełnić, wydrukować i zabrać ze sobą na umówioną wizytę (w miejscach w których istnieje wybór proszę niewłaściwe skreślić)

NAZWISKO I IMIĘ:

DATA UR.:

PŁEĆ:

ADRES:

TEL. KOM.

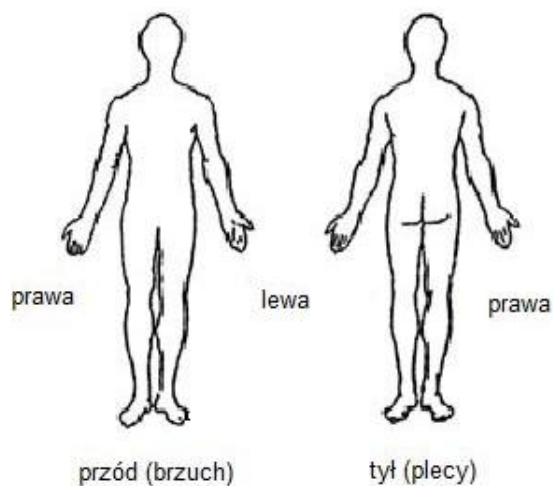
TEL. DOMOWY:

LEKARZ RODZINNY:

PESEL:

PROBLEM: (KRÓTKI OPIS)

PROSZĘ ZAZNACZYĆ MIEJSCA BOLESNE:



URAZ: TAK / NIE

DATA URAZU:

OKOLICZNOŚCI URAZU (niewłaściwe skreślić):

SPORT

WYPADEK W PRACY

WYPADEK W ROLNICTWIE

WYPADEK KOMUNIKACYJNY

INNE(OPISAĆ)

BRAK URAZU:

POCZĄTEK DOLEGLIWOSCI

DATA

NIEOKREŚLONY

WCZEŚNIEJSZE URAZY (SZCZEGÓLNICIE ZŁAMANIA I ZWICHNIĘCIA):

W TEJ SAMEJ LOKALIZACJI

INNE (PODAĆ MIEJSCE)

UBEZPIECZENIE PODSTAWOWE – FIRMA:

ZUS

KRUS

CZY UDZIELONO PIERWSZEJ POMOCY

DATA

JEŚLI TAK: GDZIE

UNIERUCHOMIENIE

NAKŁUCIE STWU

CZY WYKONANO RTG: TAK / NIE DATA:

MIEJSCE:

LECZONE CHOROBY DODATKOWE (PROSZĘ ZAKREŚLIĆ):

CUKRZYCA

OSTEOPOROZA

SERCE

PŁUCA

CHOROBA WRZODOWA

TARCZYCA

NERWICA

ZATOROWOŚĆ PŁUCNA

NADCIŚNIENIE TĘTNICZE

CHOROBA ZAKRZEPOWA

ŻYLAKI KOŃCZYN DOLNYCH

PRZEWLEKŁE STANY ZAPALNE - GARDŁO (ANGINY)

UKŁAD MOCZOWY

JAMA USTNA

PRZEBYTE LUB CZYNNNE CHOROBY

ŻÓLTACZKA

AIDS

RZADKIE LUB NIETYPOWE CHOROBY W NAJBLIŻSZEJ RODZINIE:

CHOROBY KRWI I PRZEDŁUŻONE KRWAWIENIA?

TAK

NIE

ZAKREŚL ODPOWIADAJĄCE PROBLEMY

:

OGÓLNEGORĄCZKA/DRESZCZE/POCENIE
PIERSIOWEJ

NAGŁA UTRATA MASY CIAŁA

NADMIERNE PRAGNIENIE

NADMIERNE ODDAWANIE MOCZU

ODDECHOWE

KASZEL

TRUDNOŚCI Z ODDYCHANIEM

NEUROLOGICZNE

BÓLE GŁOWY

ZAWROTY GŁOWY

ZDRĘTWIENIA

UTRATA KOORDYNACJI

INNE

SKŁONNOŚĆ DO SINIAKÓW

WYSYPKA

SERCOWO-NACZYNIOWE

BÓL W KŁATCE

KOŁATANIA SERCA

ŻOŁĄDKOWO-JELITOWE

KRWAWIENIA

BÓL BRZUCHA

NUDNOŚCI/WYMIOTY

BIEGUNKI

PSYCHICZNE

LĘKI/STRES

KŁOPOTY ZE SNEM

DEPRESJA

LECZENIE OPERACYJNE - W CIĄGU OSTATNICH 10 LAT:

UKŁAD RUCHU (w ciągu całego życia):

INNE

PRZYJMOWANE LEKI:

ASPIRYNA LUB PODOBNE LEKI W CIĄGU OSTATNICH 14 DNI TAK NIE

STERYDY (WZIEWNE, DOUSTNE OBECNIE LUB KIEDYŚ) TAK NIE

INNE(WYMIENIC)

UCZULENIA NA LEKI: TAK NIE

WYMIENIĆ JAKIE

PALENIE PAPIEROSÓW TAK NIE

ILE PAPIEROSÓW DZIENNIE:

RĘKA DOMINUJĄCA: PRAWA LEWA

UPRAWIANY SPORT:

ŹRÓDŁO INFORMACJI O NAS?

LEKARZ RODZINNY ZNAJOMY LUB RODZINA STRONA WWW REHABILITANT

CZY OBECNIE PRACUJE? TAK NIE

WYKONYWANA PRACA (właściwe zakreślić) STOJĄCA SIEDZĄCA W POZYCJI KLĘCZĄCEJ

CZĘSTE PRZYSIADY I KUCANIE Z RĘKOMA NAD GŁOWĄ

PROSZĘ ZAKREŚLIĆ POZIOM BÓLU:

BRAK BÓLU 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NAJGORSZY MOŻLIWY

CZĘŚĆ DLA BADAJĄCEGO LEKARZA:

WYWIAD:

BADANIE:

WNIOSKI: