

## ANKIETA O OGÓLNYM STANIE ZDROWIA

DATA WYPEŁNIENIA: \_\_\_\_\_

IMIĘ I NAZWISKO: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

1	Na jakie choroby leczy się Pan/Pani przewlekle?		
2	Czy jest Pan/pani pod opieką Poradni (podkreślić): Kardiologicznej, Neurologicznej, Diabetologicznej, Laryngologicznej, Alergologicznej, Reumatologicznej, Okulistycznej, Chorób Płuc, Ortopedycznej, Onkologicznej, Rehabilitacyjnej, Chirurgicznej, Endokrynologicznej, Ginekologicznej, Urologicznej, innej? Jakiej? _____		
3	Czy przebył/a Pan/i poważne choroby?	TAK	NIE
JAKIE?			
4	Czy miał/a Pan/i operacje?	TAK	NIE
JAKIE?			
5	Czy był/a Pan/i leczony/a w szpitalu?	TAK	NIE
W jakim Oddziale i z jakiego powodu:			
6	Czy miał/a Pan/i poważne urazy?	TAK	NIE
JAKIE?			
7	Czy jest Pan/i uczulona na:		
LEKI – TAK / NIE – JAKIE? _____			
POKARMY – TAK / NIE – JAKIE? _____			
INNE – TAK / NIE – JAKIE? _____			
8	Czy pali Pan/i papierosy? TAK / NIE – ile dziennie?	Od ilu lat?	

9	Czy pije Pan/i alkohol ? TAK / NIE- jak często
10	Czy w rodzinie ktoś choruje na choroby układu krążenia, (szczególnie w młodym wieku) nowotwory, cukrzycę, choroby genetyczne lub metaboliczne?
	A) OJCIEC-..... B) MATKA-..... C) SIOSTRY LUB BRACIA -..... D) DZIECI-..... E) RODZICE OJCA-..... F) RODZICE MATKI-..... G) SIOSTRY LUB BRACIA MATKI-..... H)SIOSTRY LUB BRACIA OJCA.....
11	DLA KOBIET- Czy miała Pani wykonywane badania:
	A) cytologia TAK / NIE- kiedy?..... Wyniki prawidłowe TAK / NIE B) USG ginekologiczne TAK / NIE- kiedy?..... Wyniki prawidłowe TAK / NIE C) badania ginekologiczne TAK / NIE- kiedy?..... Wyniki prawidłowe TAK / NIE D) Mammografia TAK / NIE- kiedy?..... Wyniki prawidłowe TAK / NIE E) USG piersi TAK / NIE- kiedy?..... Wyniki prawidłowe TAK / NIE F) USG jamy brzusznej TAK / NIE- kiedy?..... Wyniki prawidłowe TAK/NIE G) badania laboratoryjne TAK / NIE- kiedy?..... Wyniki prawidłowe TAK / NIE H) kolonoskopię TAK / NIE- kiedy?..... Wyniki prawidłowe TAK / NIE I) gastroskopię TAK / NIE- kiedy?..... Wyniki prawidłowe TAK / NIE J) RTG Klatki piersiowej- TAK / NIE- kiedy?..... Wyniki prawidłowe TAK / NIE
12.	DLA MĘŻCZYZN- Czy miał Pan wykonywane badania:
	A) USG jamy brzusznej TAK / NIE- kiedy?..... Wyniki prawidłowe TAK / NIE B) badania laboratoryjne TAK / NIE- kiedy?..... Wyniki prawidłowe TAK / NIE C) kolonoskopię TAK / NIE- kiedy?..... Wyniki prawidłowe TAK / NIE D) gastroskopię TAK / NIE- kiedy?..... Wyniki prawidłowe TAK / NIE E) RTG Klatki piersiowej- TAK / NIE- kiedy?..... Wyniki prawidłowe TAK / NIE

F) oznaczony marker PSA - TAK / NIE - kiedy?		Wyniki prawidłowe - TAK / NIE
13	Czy wie Pan/Pani o szczepieniach zalecanych:	
<p>A) przeciwko grypie - co roku najlepiej od września do listopada</p> <p>B) przeciwko pneumokokom - bakteriom najczęściej odpowiedzialnym za zapalenia płuc, zalecane szczególnie dla osób po 65r.ż. i chorującym przewlekle na choroby serca, płuc, cukrzycę.</p> <p>C) przeciwko WZW typ B - wirus wywołujący zapalenie wątroby: zalecana wszystkim pacjentom, zalecane szczególnie osobom przygotowywanym do zabiegu chirurgicznego.</p>		
14	Czy był Pan/Pani szczepioną przeciwko WZW typ B? TAK NIE - kiedy i ile dawek Pan/i przyjął/ęła /	

Oświadczam, że

- wszystkie informacje, które podałem/am w ankiecie są zgodne z prawdą,
- zostałem/am poinformowany/a o zalecanych szczepieniach,
- zostałem/a m poinformowany/a o programach profilaktycznych prowadzonych w Polsce.

.....  
podpis pacjenta