

ANKIETA DLA PACJENTA



IMIE NAZWISKO DATA ur.

1. Czy ma Pani/Pan jakieś dolegliwości? TAK NIE
2. Czy w ciągu ostatnich dwóch lat leżała Pani/Pan w szpitalu TAK NIE
3. Czy aktualnie się Pani/Pan na coś leczy?.....TAK NIE
4. Czy jest Pani/Pan na coś uczulona/y?TAK NIE
OBRZĘKI, POKRZYWKĄ, SWĘDZENIE, DUSZNOŚCI
5. Czy ma Pani/Pan skłonność do nadmiernych krwawień?..... TAK NIE
6. Czy była/był Pani/Pan poddana/y zabiegowi lub leczeniu:
 - operacji kardiologicznej TAK NIE
 - leczenie sterydami, naświetlanie, chemioterapia TAK NIE
7. Czy jest Pani aktualnie w ciąży? TAK NIE
8. Czy przyjmuje Pani/Pan jakieś leki? TAK NIE
9. Czy miała Pani/Pan jakieś z wymienionych niżej dolegliwości:

**CHOROBY TARCZYCY, NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA, CUKRZYCA, CHOROBA
WIEŃCOWA, WADA SERCA, CHOROBY NEREK, NADCIŚNIENIE, GORĄCZKA
REUMATYCZNA, ASTMA, GRUŹLICA, CHOROBY KRWI, OPARY, ANEMIA,
AIDS, ŻÓŁTACZKA, PADACZKA, NARKOMANIA**

10. Czy miała/ma Pani/Pan jakieś niewymienione dotąd schorzenia
..... TAK NIE

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.
Wszystkie zmiany w mojej sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić przy najbliższej okazji.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie (przechowywanie, korzystanie) moich danych osobowych w
tutejszej placówce.

.....
Podpis pacjenta

.....
Data

.....
Podpis lekarza

UWAGA! Podane przez państwa informacje są objęte tajemnicą lekarską.