

Ankieta pacjenta

(do wypełnienia przez pacjenta, rodzica, opiekuna prawnego)

Imię i Nazwisko / Pesel:

.....

* Zakreślić krzyżykiem prawidłową odpowiedź

Wizyta u lekarz w ostatnim czasie tak nie

Z powodu.....

Obecne dolegliwości? tak nie

Jakie.....

Zażywane leki tak nie

Jakie.....

Zażywane środki uspakajające lub nasenne tak nie

Jakie.....

Przebyte operacje tak nie

Rodzaj, rok.....

Powikłania.....

wymioty przedłużone budzenie trudna intubacja bóle głowy
 bóle mięśni

Uczulenia tak nie

katar sienny środki spożywcze leki plaster jodyna
 pyłki roślinne

Choroba lokomocyjna tak nie

nudności wymioty w czasie jazdy autem
 wymioty w trakcie płynięcia statkiem

Przetoczenie krwi tak nie

Choroby serca tak nie

zawał zapalenie choroba niedokrwienna wada zastawki
 uczucie nierównego bicia serca bóle w okolicy serca

Choroby układu krążenia tak nie

nadciśnienie niedociśnienie omdlenia duszności

Choroby naczyń tak nie

żylaki bóle łydek przy chodzeniu złe ukrwienie łydek zapalenie żył

Choroby płuc tak nie

zapalenie płuc rozedma pylica gruźlica

Choroby dróg oddechowych tak nie

przewlekły kaszel astma przewlekłe zap. oskrzeli

Choroby wątroby tak nie

żółtaczka stłuszczenie wątroby zastój marskość

Choroby układu moczowego tak nie

kamica zapalenie trudności w oddawaniu moczu konieczność
nocnego oddawania moczu

Choroby układu żołądkowo – jelitowego tak nie

choroba wrzodowa zapalenie błony śluzowej zwężony wpust żołądka

Choroby tarczycy tak nie

nadczynność niedoczynność guzki wole operacja powiększenie
gruczołu

Choroby metaboliczne tak nie

cukrzyca dna moczanowa porfiria

Choroby układu nerwowego tak nie

porażenie nerwów drgawki padaczkowe udar mózgu utraty
przytomności stwardnienia rozsiane

Choroby oczu tak nie

jaskra szkła kontaktowe zaćma wysoka krótkowzroczność

Choroby mięśni i układu kostno – szkieletowego

osłabienie dyskopia ZZSK osteoporoza tak nie

Zaburzenia układu krzepnięcia tak nie

słaba krzepliwość skłonność do siniaków przy małych urazach
 częste krwawienia z nosa przedłużające się krwawienia po zranieniach
lub usunięciu zęba

Protezy zębowe, mostki, stałe aparaty ortodontyczne tak nie

Czy choruje Pan/i na inną chorobę lub skarży się na dolegliwość którą nie pytaliśmy w ankiecie?

tak nie

Czy jest Pani w ciąży tak nie

Palenie papierosów tak nie

Spożywanie alkoholu tak nie

nie rzadko niewiele regularnie regularnie dużo

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam

.....

Data i podpis pacjenta