



Bonifraterskie Centrum Rehabilitacji pw. Św. Benedykta Menni
63-820 Piaski, Os. Marysin 1 tel.(65) 571 90 54, fax (65) 525 09 78
www.marysin.com.pl

ANKIETA DLA PACJENTA

Imię i nazwisko: _____ tel. _____

PESEL _____ data wypełnienia: _____

Proszę o wypełnienie podkreślając prawidłową odpowiedź i dołączenie do dokumentacji medycznej.

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na następujące choroby: TAK , NIE, NIE WIEM

- 1) serca (wada serca, zawał serca, dusznica bolesna, zaburzenia rytmu) TAK / NIE / NIE WIEM
- 2) nadciśnienie tętnicze TAK / NIE / NIE WIEM
- 3) cukrzyca TAK / NIE / NIE WIEM
- 4) choroby nowotworowe TAK / NIE / NIE WIEM
- 5) zapalenie oskrzeli, gruźlicę TAK / NIE / NIE WIEM
- 6) przewodu pokarmowego (choroba wrzodowa, inne) TAK / NIE / NIE WIEM
- 7) wątroby (np. żółtaczką, marskość) TAK / NIE / NIE WIEM
- 8) udar mózgu TAK / NIE / NIE WIEM
- 9) padaczki TAK / NIE / NIE WIEM
- 10) psychiczne (np. depresja, nerwica, otępienie) TAK / NIE / NIE WIEM
- 11) tarczycy (nadczynność, niedoczynność) TAK / NIE / NIE WIEM
- 12) choroby naczyń (np. miażdżycę, żylaki) TAK / NIE / NIE WIEM
- 13) nerek (np. kamica, zapalenie) TAK / NIE / NIE WIEM
- 14) przewlekłych chorób skóry (m.in. owrzodzenia) TAK / NIE / NIE WIEM
- 15) uczulenia: jakie..... TAK / NIE / NIE WIEM
- 16) inne: jakie..... TAK / NIE / NIE WIEM

Czy przebył Pan(i) zabiegi operacyjne: TAK/NIE

Jeśli TAK, proszę podać rodzaj zabiegu i rok:.....
.....
.....
.....

Czy występują u Pana(i):

- | | |
|--|------------------|
| - omdlenia | <i>TAK / NIE</i> |
| - osłabienie mięśni | <i>TAK / NIE</i> |
| - duszność spoczynkowa lub przy niewielkim wysiłku | <i>TAK / NIE</i> |
| - nawracające krwawienie (z nosa, inne) | <i>TAK / NIE</i> |
| - trudności w utrzymaniu moczu i stolca | <i>TAK / NIE</i> |

Czy posiada Pan(i) zaopatrzenie ortopedyczne (protezy, kule, wózek inwalidzki)

wymienić:.....
.....
.....

Czy wymaga Pan(i) pomocy przy:

- | | |
|-----------------------|------------------|
| - toalecie | <i>TAK / NIE</i> |
| - ubieraniu | <i>TAK / NIE</i> |
| - spożywaniu posiłków | <i>TAK / NIE</i> |

Czy potrafi Pan(i) samodzielnie chodzić

- | | |
|--|------------------|
| - po schodach | <i>TAK / NIE</i> |
| - na terenie płaskim | <i>TAK / NIE</i> |
| - przemieszczać się z łóżka na krzesło | <i>TAK / NIE</i> |

Proszę podać nazwy i dawki stosowanych aktualnie leków:

.....
.....
.....
.....

Uzupełnienie:

.....
data i podpis