

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

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

wymienić:.....
.....
.....

Czy wymaga Pan(i) pomocy przy:

- | | |
|-----------------------|-----------|
| - toalecie | TAK / NIE |
| - ubieraniu | TAK / NIE |
| - spożywaniu posiłków | TAK / NIE |

Czy potrafi Pan(i) samodzielnie chodzić

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

Proszę podać nazwy i dawki stosowanych aktualnie leków:

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

Uzupełnienie:

.....
data i podpis