



Szpital Rehabilitacyjny Piaski  
63-820 Piaski, Os. Marysin 1 tel.(65) 571 90 54, fax (65) 525 09 78  
www.bonifratrzy.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  
WIEM TAK / NIE / NIE**

**3) cukrzyca  
WIEM TAK / NIE / NIE**

**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) – wpisać TAK lub NIE:**

- omdlenia \_\_\_\_\_
- osłabienie mięśni \_\_\_\_\_
- duszność spoczynkowa lub przy niewielkim wysiłku \_\_\_\_\_
- nawracające krwawienie (z nosa, inne) \_\_\_\_\_
- trudności w utrzymaniu moczu i stolca \_\_\_\_\_

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

wymienić:.....  
.....  
.....

**Czy wymaga Pan(i) pomocy przy – wpisać TAK lub NIE:**

- toalecie \_\_\_\_\_
- ubieraniu \_\_\_\_\_
- spożywaniu posiłków \_\_\_\_\_

**Czy potrafi Pan(i) samodzielnie chodzić**

- po schodach \_\_\_\_\_
- na terenie płaskim \_\_\_\_\_
- przemieszczać się z łóżka na krzesło \_\_\_\_\_

**Proszę podać nazwy i dawki stosowanych aktualnie leków:**

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

**Uzupełnienie:**

.....  
**data i podpis**