

ANKIETA DLA PACJENTA

Imię i nazwisko

Data wypełnienia

Prosimy o wypełnienie poprzez zakreślenie właściwej odpowiedzi

i dołączenie do dokumentacji medycznej

Czy choruje Pan/Pani na następujące choroby?

Choroby serca (wada serca, zawał serca, dusznica, bolesna, arytmia)	TAK	NIE	NIE WIEM
Nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE	NIE WIEM
Cukrzyca	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby nowotworowe	TAK	NIE	NIE WIEM
Zapalenie oskrzeli	TAK	NIE	NIE WIEM
Gruźlica	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby przewodu pokarmowego (choroba wrzodowa, inne)	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby wątroby (żółtaczka, marskość)	TAK	NIE	NIE WIEM
Udar mózgu	TAK	NIE	NIE WIEM
Padaczki	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby psychiczne (np. depresja, nerwice, otępienie)	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność)	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby naczyń (np. miażdżyca, żylaki)	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby nerek (np. kamica, zapalenie)	TAK	NIE	NIE WIEM
Przewlekłe choroby skóry (m.in. owrzodzenie)	TAK	NIE	NIE WIEM
Uczulenia : jakie?	TAK	NIE	NIE WIEM
Inne: jakie?	TAK	NIE	NIE WIEM

Czy przebył(a) Pan/Pani zabiegi operacyjne?

TAK/NIE

Jeśli TAK, proszę podać rodzaj zabiegu i rok

.....

.....

.....

.....



SZPITAL
W PUSZCZYKOWIE

Czy występują u Pana/Pani:

Omdlenia	TAK	NIE
Oslabienie mięśni	TAK	NIE
Duszność spoczynkowa lub przy niewielkim wysiłku	TAK	NIE
Nawracające krwawienia (z nosa, inne)	TAK	NIE
Trudności z utrzymaniem moczu i stolca	TAK	NIE

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

.....

.....

.....

.....

Czy wymaga Pan/Pani pomocy:

W toalecie	TAK	NIE
Przy ubieraniu	TAK	NIE
Przy spożywaniu posiłków	TAK	NIE

Czy potrafi Pan/Pani samodzielnie:

Chodzić po schodach	TAK	NIE
Chodzić po płaskim terenie	TAK	NIE
Przemieszczać się z łóżka na krzesło	TAK	NIE

Proszę podać nazwy i dawki stosowanych aktualnie leków:

.....

.....

.....

.....

Uzupełnienie:

.....

Data i podpis