

Nazwisko i imię			
PESEL (wiek)			
Adres			
Nr telefonu			
	komórkowy	domowy	praca

Proszę dokładnie przeczytać ankietę i odpowiedzieć na zawarte w niej pytania.

1. Czy choruje Pan(i) lub chorował(a) na serce i/lub nadciśnienie tętnicze ? tak nie

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> zawał serca (data_____) | <input type="checkbox"/> wada zastawki | <input type="checkbox"/> operacja serca lub naczyń wieńcowych („bypass”), zabieg „balonikowania”, założenie stentów |
| <input type="checkbox"/> pieczenie, ból za mostkiem | <input type="checkbox"/> wysokie ciśnienie tętnicze | <input type="checkbox"/> stymulator serca („rozrusznik”) |
| <input type="checkbox"/> choroba niedokrwienna serca | <input type="checkbox"/> wysoki poziom cholesterolu | <input type="checkbox"/> inne (opisz)_____ |
| <input type="checkbox"/> nierówne lub szybkie bicie serca | <input type="checkbox"/> obrzęki wokół kostek | |
| <input type="checkbox"/> szmer serca | <input type="checkbox"/> oddawanie moczu w nocy | |

2. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby oskrzeli, płuc lub inne problemy z oddychaniem ? tak nie

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> astma oskrzelowa | <input type="checkbox"/> rozedma | <input type="checkbox"/> zapalenie płuc (ostanie 2 miesiące) |
| <input type="checkbox"/> przewlekłe zapalenie oskrzeli | <input type="checkbox"/> gruźlica | <input type="checkbox"/> duszność przy położeniu się na plecach |
| <input type="checkbox"/> przewlekły kaszel | <input type="checkbox"/> przeziębienie, infekcja dróg oddechowych (ostanie 2 tygodnie) | |
| <input type="checkbox"/> z odkrztuszaniem wydzieliny | | |
| <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ | | |

3. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś problemy z żołądkiem lub wątrobą ? tak nie

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> choroba wrzodowa | <input type="checkbox"/> zapalenie wątroby/żółtaczk | <input type="checkbox"/> stłuszczenie wątroby |
| <input type="checkbox"/> zapalenie żołądka | wirusowe typu A B C/toksyczne | <input type="checkbox"/> marskość wątroby |
| <input type="checkbox"/> refluks żołądkowo-przełykowy | żółtaczk mechaniczna/zastój żółci | <input type="checkbox"/> inne (opisz)_____ |

4. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś problemy z układem moczowym (nerki, pęcherz) lub gruczołem krokowym ? tak nie

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> zapalenie nerek | <input type="checkbox"/> częste infekcje | <input type="checkbox"/> trudności w oddawaniu moczu |
| <input type="checkbox"/> kamica nerkowa L P | <input type="checkbox"/> inne (opisz)_____ | |

5. Czy ma Pan(i) lub miał(a) cukrzycę, dnę moczanową lub jakieś choroby tarczycy ? tak nie

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> cukrzyca typu 1 2 | <input type="checkbox"/> guzki/powiększenie tarczycy | <input type="checkbox"/> inne (opisz)_____ |
| <input type="checkbox"/> leczenie insuliną | <input type="checkbox"/> niedoczynność tarczycy | _____ |
| <input type="checkbox"/> dna moczanowa | <input type="checkbox"/> nadczynność tarczycy | _____ |

6. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby układu nerwowego (mózgu, nerwów), mięśni, kręgosłupa lub stawów ? tak nie

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> udar lub inne niedokrwienie | <input type="checkbox"/> osłabienie mięśni (miastenia) | <input type="checkbox"/> dolegliwość kręgosłupa |
| <input type="checkbox"/> porażenie lub niedowład | <input type="checkbox"/> osłabienie lub drętwienie rąk/nóg | szyjny piersiowy lędźwiowy |
| <input type="checkbox"/> drgawki lub padaczka | <input type="checkbox"/> inne (opisz)_____ | |

7. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia ? tak nie

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> podskórne wylewy krwi przy małych urazach | <input type="checkbox"/> zakrzepica żylna |
| <input type="checkbox"/> skłonność do krwawień | | <input type="checkbox"/> inne (opisz)_____ |

8. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby żył ? tak nie

żyłki kończyn dolnych zapalenie żył inne (opisz) _____

9. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś inne choroby nie wymienione powyżej ? tak nie

opisz _____ _____ _____

10. Czy ma Pan(i) jakieś uczulenia (szczególne na leki, plaster, jodynę) ? tak nie

opisz _____ _____ _____

11. Czy ma Pan(i) chorobę lokomocyjną (nudności, wymioty w czasie jazdy samochodem, statkiem) ? tak nie

12. Czy nosi Pan(i) szkła kontaktowe ? tak nie

13. Czy nosi Pan(i) protezy zębowe, mostki, korony ? tak nie
Czy ma Pan(i) ruszające się zęby ?

	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8		
PRAWA																			LEWA
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8		

14. Czy jest Pani w ciąży ? tak nie

15. Czy Pan(i) pali papierosy ? tak nie

ile dziennie _____ od ilu lat _____

16. Czy pije Pan(i) alkohol ?

nie rzadko regularnie niewiele regularnie dużo

17. Czy był(a) Pan(i) już operowany(a) (proszę podać rok i rodzaj operacji) tak nie

_____ _____ _____

_____ _____ _____

18. Czy w czasie lub po znieczuleniu wystąpiły jakieś powikłania ? tak nie

trudności z obudzeniem powrót świadomości w czasie inne (opisz) _____

uporczywe nudności lub wymioty operacji _____

19. Czy przyjmuje Pan(i) obecnie lub przyjmował(a) ostatnio jakieś leki ? (proszę podać nazwę i dawkę leku – również leki bez recepty, preparaty ziołowe, suplementy diety) tak nie

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

20. Masa ciała _____ Wzrost _____ BMI _____

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.

data i podpis pacjenta _____