

Imię i Nazwisko		
------------------------	--	--

Płeć*	K	M	PESEL												
--------------	---	---	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu												
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres email												
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Skargi badanego (dolegliwości /co obecnie Pani/u dolega?)												
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Informacje o stanie zdrowia*	TAK	NIE	Opis
Urazy głowy			
Urazy układu ruchu			
Omdlenia			
Padaczka			
Inne choroby układu nerwowego			
Choroby psychiczne			
Cukrzyca			
Choroby narządu słuchu / głosu			
Choroby narządu wzroku			
Choroby układu krwiotwórczego			
Choroby układu krążenia			
Choroby układu oddechowego			
Choroby układu pokarmowego			
Choroby układu moczowo-płciowego			
Choroby układu ruchu			
Choroby skóry			
Choroby zakaźne / pasożytnicze			
Wywiad ginekologiczno-polożniczy (miesiączka, ciąża, porody, leki hormonalne)			
Wywiad rodzinny (czy w rodzinie występowały choroby takie jak: astma, cukrzyca, choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienie tętnicze, nowotwory, inne)			Jakie?
Inne problemy zdrowotne:			W przeszłości: ile lat? Obecnie: ile szt. dziennie?
Uczulenia (leki, żywność, inne)			
Palenie tytoniu			
Alkohol i inne używki			
Czy przebył/a Pan/i zabiegi operacyjne?			Jakie? Kiedy?
Czy jest Pan/i pod opieką poradni specjalistycznej?			Jakiej?
Czy przyjmuje Pan/i leki?			Jakie?

Osobista ocena stanu zdrowia	Bardzo dobre		Dobre		Raczej dobre		Raczej słabe		Słabe	
-------------------------------------	--------------	--	-------	--	--------------	--	--------------	--	-------	--

Oświadczam, że zrozumiałem/am treść zadawanych pytań i odpowiedziałem/am na nie zgodnie z prawdą.

Wypełnia pielęgniarka

.....
(Podpis badanego)

Wzrost cm

Waga kg

RR mm/HG

Tętno /min

* - proszę zaznaczyć właściwe pole

.....
(Podpis pielęgniarki)