

OBOWIĄZKOWA ANKIETA DLA PACJENTA PRZYJMOWANEGO DO ODDZIAŁU SZPITALNEGO DCR

(proszę wypełnić drukowanymi literami i okazać przy przyjęciu do Szpitala)

Imię i nazwisko	Pesel	Zawód wyuczony / zawód wykonywany
Numer telefonu domowego / komórkowego		
Wzrost		
Waga		
Adres lekarza rodzinnego		
Dane osoby (osób) do kontaktu ,uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta, uzyskiwania dostępu do dokumentacji medycznej (imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu)		

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

Informacja o stanie zdrowia - proszę zaznaczyć przebyte choroby	TAK	NIE	Opis	
Urazy czaszki				
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 / uczulenia				
Choroby zakaźne / pasożytnicze				
Wywiad ginekologiczno – położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)				
Wywiad rodzinny (czy w rodzinie występowały choroby takie jak: astma, cukrzyca, choroby psychiczne, serca, nadciśnienie, nowotwory?)			Jakie?	
Inne problemy zdrowotne?			Jakie?	
Palenie tytoniu			Obecnie: Ile sztuk dziennie?	W przeszłości : ile lat?
Inne używki				

Leki pobierane na stałe

Nazwa leku, postać leku, dawkowanie:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

Warunki mieszkaniowe (właściwe zaznaczyć X)	Bardzo dobre	<input type="checkbox"/>	Dobre	<input type="checkbox"/>	złe	<input type="checkbox"/>	Mieszkam z rodziną	<input type="checkbox"/>	Mieszkam sam(a)	<input type="checkbox"/>
--	--------------	--------------------------	-------	--------------------------	-----	--------------------------	--------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

	TAK	NIE	Opis - uwagi
Czy przebył/a Pan/i zabiegi operacyjne? Jakiej? Kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy jest Pan/i pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

.....

data i czytelny podpis pacjenta