

# ANKIETA PACJENTA

PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI ZGODNEJ ZE STANEM FAKTYCZNYM (POPRAWNA ODPOWIEDŹ W KÓŁKO)

Nazwisko i imię: .....

Nr PESEL: .....

1. Choroby zakaźne (żółtaczką, AIDS, weneryczne, inne)?

TAK  NIE   
YES NO

2. Zaburzenia krzepnięcia krwi, nadmiernie krwawienie?

TAK  NIE   
YES NO

3. Alergie, nadwrażliwość (katar sienny, astma, inne)?

TAK  NIE   
YES NO

4. Choroby wewnętrzne (cukrzyca, nadciśnienie, padaczka)?

TAK  NIE   
YES NO

5. Choroby płuc (gruźlica, rozedma, inne)?

TAK  NIE   
YES NO

6. Choroby endokrynologiczne?

TAK  NIE   
YES NO

7. Choroby neurologiczne (wylewy, udary, padaczka, inne)?

TAK  NIE   
YES NO

8. Czy przyjmuje Pani/Pan jakieś leki? Jakież?

TAK  NIE   
YES NO

9. Czy jest Pani/Pan nadwrażliwa/-y lub uczulona/-y na jakieś leki?

TAK  NIE   
YES NO

10. Czy jest Pani w ciąży? Który miesiąc?

TAK  NIE   
YES NO

11. Inne schorzenia? Jakież?

TAK  NIE   
YES NO

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis opiekuna  
prawnego

.....  
Podpis Pacjenta

.....  
Podpis lekarza