



Nazwisko i imię			
PESEL			
Adres			
Numer 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 lub nadciśnienie tętnicze? ☐ tak ☐ nie

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

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

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ astma oskrzelowa | ☐ rozedma | ☐ zapalenie płuc (ostatnie 2 m-ce) |
| ☐ przewlekłe zapalenie oskrzeli | ☐ gruźlica | ☐ duszność przy położeniu się na plecach ☐ |
| ☐ przewlekły kaszel | ☐ przeziębienie, infekcja dróg oddechowych (ostatnie 2 tygodnie) | |
| ☐ oksztuszanie wydzieliny | | |
| ☐ inne (opisz) _____ | | |

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

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ choroba wrzodowa | ☐ zapalenie wątroby/żółtaczkę | ☐ stłuszczenie wątroby |
| ☐ zapalenie żołądka | wirusowe typu A B C / toksyczne | ☐ marskość wątroby |
| ☐ refluks żołądkowo-przełykowy | żółtaczkę mechaniczną/ zastój żółci | ☐ inne (opisz) _____ |

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

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ zapalenie nerek | ☐ częste infekcje | ☐ trudności w oddawaniu moczu |
| ☐ kamica nerkowa L P | ☐ inne (opisz) _____ | |

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

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ cukrzyca typy 1 2 | ☐ guzki/ powiększenie tarczycy | ☐ inne (opisz) _____ |
| ☐ leczenie insuliną | ☐ niedoczynność tarczycy | |
| ☐ dna moczanowa | ☐ nadczynność tarczycy | |

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

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ udar lub inne niedokrwienie | ☐ osłabienie mięśni (miastenia) | ☐ dolegliwości kręgosłupa szyjny piersiowy lędźwiowy |
| ☐ porażenie lub niedowład | ☐ osłabienie lub drętwienie rąk/nóg | |
| ☐ drgawki lub padaczka | ☐ inne (opisz) _____ | |

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

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ anemia | ☐ podskórne wylewy krwi przy małych urazach | ☐ zakrzepica żylna |
| ☐ skłonność do krwawień | | ☐ inne (opisz) _____ |

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

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ żylaki 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 (szczególnie 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 pali Pan(-i) 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) 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 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 _____