



ANKIETA DLA PACJENTA

(Proszę wypełnić drukowanymi literami)

Imię i nazwisko _____ tel. _____

PESEL _____ data wypełnienia: _____

Adres do korespondencji:

Adres zamieszkania _____ Kod Pocztowy _____

Miejscowość _____ Województwo _____

Proszę wypełnić podkreślając prawidłową odpowiedź i dołączyć do dokumentacji medycznej.

Czy choruje lub chorował/a/ Pan/i/ na następujące choroby:

1) serca (wada, zawał serca, dusznica bolesna, zaburzenia rytmu) TAK / NIE / NIE WIEM

2) nadciśnienie tętnicze TAK / NIE / NIE WIEM

3) cukrzyca TAK / NIE / NIE WIEM

4) choroby nowotworowe TAK / NIE / NIE WIEM

5) zapalenie oskrzeli, gruźlicę, astma, POChP TAK / NIE / NIE WIEM

6) przewodu pokarmowego (choroba wrzodowa, inne) TAK / NIE / NIE WIEM

7) wątroby (np. żółtaczka, marskość) TAK / NIE / NIE WIEM

8) udar mózgu TAK / NIE / NIE WIEM

9) padaczka TAK / NIE / NIE WIEM

Jeśli tak, proszę podać:

- kiedy był ostatni napad padaczkowy _____

10) psychiczne (np. depresja, nerwica, otępienie) TAK / NIE / NIE WIEM

11) tarczycy (nadczynność, niedoczynność) TAK / NIE / NIE WIEM

12) choroby naczyń (np. miażdżycy, zylaki) TAK / NIE / NIE WIEM

13) nerek (np. kamica, zapalenie) TAK / NIE / NIE WIEM

14) przewlekłe choroby skóry (m.in. owrzodzenia lub niewygojone rany) TAK / NIE/ NIE WIEM

15) uczulenia TAK/ NIE/ NIE WIEM

Jeśli tak, proszę podać

jakie: _____

16) inne TAK /NIE/ NIE WIEM

Jeśli tak, proszę podać

jakie: _____

Czy przebył Pan/i/ zabiegi operacyjne tak / nie

Jeśli tak, proszę podać rodzaj zabiegu i rok

Czy występują u Pana/i/

-omdlenia TAK / NIE

-duszność spoczynkowa lub przy codziennych czynnościach (m.in. ubieranie, jedzenie) TAK / NIE

-nawracające krwawienie (z nosa, inne) TAK / NIE

-trudności w utrzymaniu moczu i stolca TAK/ NIE

Czy korzysta Pan/i/ z zaopatrzenia ortopedycznego (protezy, kule, wózek inwalidzki) ?

Proszę wymienić:

Czy wymaga Pan/i/ pomocy przy:

-toalecie TAK / NIE

-ubieraniu TAK/ NIE

Jeśli tak, proszę podać zakres pomocy _____

-spożywaniu posiłków TAK/ NIE

Czy potrafi Pan/i/ samodzielnie chodzić

-po schodach TAK/NIE

-na terenie płaskim TAK / NIE

-przemieszczać się z łóżka na krzesło TAK / NIE

Proszę podać nazwy i dawki stosowanych aktualnie leków:

Data i czytelny podpis

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Panią/a _____

telefon kontaktowy _____

do wglądu w dokumentację medyczną złożoną celem zarejestrowania na listę oczekujących na leczenie na Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej dla Dorosłych w Śląskim Centrum Rehabilitacyjno-Uzdrowiskowym w Rabce-Zdroju sp. z o.o., a w przypadku mojej śmierci do uzyskania dokumentacji medycznej.

Podpis pacjenta