Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data urodzenia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prosimy przeczytać uważnie i odpowiedzieć zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą – umożliwi to zapewnienie właściwej opieki**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy jest Pan/Pani obecnie pod opieką lekarza? (placówka podstawowej opieki zdrowotnej) | Tak | Nie |
| Proszę podać nazwę placówki oraz imię i nazwisko lekarza: |  |  |
| Czy w ciągu ostatniego roku nastąpiły jakieś zmiany w Pana/Pani ogólnym stanie zdrowia? | Tak | Nie |
| Czy przeszedł Pan / przeszła Pani poważną chorobę, operację lub hospitalizację w ciągu ostatnich 5 lat? | Tak | Nie |
| Jeśli tak, jaka była choroba lub problem? |  |  |
| Czy zażywał(a) Pan/Pani ostatnio jakieś leki na receptę lub leki bez recepty? | Tak | Nie |
| Jeśli tak, proszę wymienić wszystkie leki, naturalne/ziołowe na receptę i/lub suplementy diety \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  |  |  |
| Czy ma Pan/Pani alergię na leki, żywność, leki lub lateks? | Tak | Nie |
| Lista alergii: |  |  |
| Czy używa Pan/Pani narkotyków rekreacyjnych? Jeśli tak, jakie: | Tak | Nie |
| Czy przyjmuje Pan/Pani leki na receptę rutynowo lub w ramach umowy o zwalczanie bólu? | Tak | Nie |
| Czy używa Pan/Pani nikotyny/tytoniu? (palenie, tabaka, żucie, e-papierosy?) | Tak | Nie |
| Jeśli tak, jak bardzo jest Pan zainteresowany / Pani zainteresowana rzuceniem?  ***Bardzo, trochę lub niezainteresowany(-a)***  ***-Proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi*** |  |  |
| Czy wykonano u Pana/Pani ortopedyczną wymianę całego stawu (biodrowego, kolanowego, łokciowego lub palca)?  ***Jeśli tak, proszę podać datę wymiany:*** | Tak | Nie |
| Czy wystąpiły jakieś komplikacje związane z wymianą? | Tak | Nie |
| Czy zalecano Panu/Pani przyjmowanie antybiotyku przed jakąkolwiek operacją lub leczeniem stomatologicznym?  Również w ramach tzw. premedykacji | Tak | Nie |
| Czy występuje u Pana/Pani osteoporoza, a jeśli tak, czy bierze Pan/Pani środek antyresorpcyjny? | Tak | Nie |
| Reumatoidalne zapalenie stawów? | Tak | Nie |
| Sztuczna (protetyczna) zastawka serca? | Tak | Nie |
| Wcześniejsze infekcyjne zapalenie wsierdzia? (zakażenie serca) | Tak | Nie |
| Zastoinowa niewydolność serca? | Tak | Nie |
| Choroba sercowo-naczyniowa? | Tak | Nie |
| Uszkodzone zastawki serca? | Tak | Nie |
| Arterioskleroza (stwardnienie tętnic)? | Tak | Nie |
| Zawał serca? ***Jeśli tak, to kiedy:*** | Tak | Nie |
| Szmery serca? | Tak | Nie |
| Udar? ***Jeśli tak, to kiedy:*** | Tak | Nie |
| Rozrusznik serca? | Tak | Nie |
| Wrodzona wada serca lub wada? ***Jeśli tak, to jakie:*** | Tak | Nie |
| Dusznica bolesna? (ból w klatce piersiowej) | Tak | Nie |
| Czy bierze Pan/Pani leki rozrzedzające krew / antykoagulanty? Na przykład: aspiryna, Plavix, Eliquis | Tak | Nie |
| ADHD? | Tak | Nie |
| Autyzm? | Tak | Nie |
| Astma lub POChP? | Tak | Nie |
| Niedokrwistość? | Tak | Nie |
| Gruźlica? ***Jeśli tak, to kiedy:*** | Tak | Nie |
| Zbyt wysokie lub zbyt niskie ciśnienie krwi? ***🡨Proszę zakreślić*** | Tak | Nie |
| Cukrzyca typu I lub II ***🡨 Proszę zakreślić*** | Tak | Nie |
| Rak/chemioterapia/radioterapia? ***🡨Proszę zakreślić*** | Tak | Nie |
| Choroba autoimmunologiczna? Przykład: celiakia, stwardnienie rozsiane | Tak | Nie |
| Toczeń rumieniowaty układowy? | Tak | Nie |
| Padaczka? | Tak | Nie |
| Omdlenia lub drgawki? ***🡨Proszę zakreślić*** | Tak | Nie |
| Silne bóle głowy lub migreny? ***🡨Proszę zakreślić*** | Tak | Nie |
| Zaburzenia neurologiczne? Przykład: choroba Alzheimera / demencja, choroba Parkinsona | Tak | Nie |
| Zaburzenia zdrowia psychicznego? Przykład: lęk, depresja, zespół stresu pourazowego, choroba afektywna dwubiegunowa | Tak | Nie |
| Zaburzenia odżywiania? | Tak | Nie |
| Zaburzenia żołądkowo-jelitowe, refluks, uporczywa zgaga, wrzody lub problemy żołądkowe? ***🡨Proszę zakreślić*** | Tak | Nie |
| Choroba nerek? | Tak | Nie |
| Problemy z tarczycą? | Tak | Nie |
| Uporczywy obrzęk węzłów chłonnych w szyi? | Tak | Nie |
| Zapalenie wątroby, żółtaczka lub choroba wątroby? ***🡨Proszę zakreślić*** | Tak | Nie |
| HIV/AIDS? | Tak | Nie |
| Choroby przenoszone drogą płciową? | Tak | Nie |
| Problemy z zatokami? | Tak | Nie |
| Jaskra lub zaćma? | Tak | Nie |
| Jaki rodzaj wody Pan/Pani pije? wodociągowa, studzienna, butelkowana czy filtrowana?   ***🡨Proszę zakreślić*** | Tak | Nie |
| Czy przyjmuje Pan/Pani suplementy fluoru? | Tak | Nie |
| Czy używa Pan/Pani pasty do zębów z fluorem? | Tak | Nie |
| Czy cierpi Pan/Pani na jakąś chorobę, stan lub problem niewymieniony powyżej? Proszę wymienić: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tak | Nie |
|  |  |  |
| Ciąża? Jeśli tak, to który tydzień? | Tak | Nie |
| Termin porodu: | Tak | Nie |
| Przyjmowanie antykoncepcji lub suplementacja hormonalna? | Tak | Nie |
| Karmienie piersią? | Tak | Nie |

Podpis pacjenta/opiekuna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis świadczeniodawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_