

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/ziółowe 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
Wcześniej inne 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
Dusznicza 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, żółtaczką 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: _____