

1

### Informacje o Pacjencie

#### Patient's data

Imię  
Name

Nazwisko  
Family name

Numer PESEL  
PESEL number

Data urodzenia  
Date of birth

Adres zamieszkania  
Place of residence

Ulica, numer domu i mieszkania  
Street, building and apartment number

Miejscowość  
Place of residence

Numer telefonu  
Telephone number

Kod pocztowy  
Zip code

2

### Kwestionariusz medyczny

#### Medical questionnaire

Wiek  
Age

Waga  
Weight

Czy znajdowała się Pani/Pan ostatnio pod opieką lekarską z powodu choroby?  
Have you recently been under medical care owing to any disease? Tak  Nie

Czy jest Pani w ciąży?  
Are you pregnant? Tak  Nie

Data ostatniej miesiączki  
Date of last menstruation  -  -

Czy przyjmuje Pani/Pan stale jakieś lekarstwo?  
Have you been taking any drugs regularly? Tak  Nie

Proszę wymienić jakie?  
Please specify what?

Czy brała/brał Pani/Pan w ciągu ostatnich 10 dni leki przeciwgrypowe, przeciwbólowe, obniżające krzepliwość, przeciwreumatyczne?  
Have you taken any anti-flu, analgesic, coagulability reducing, anti-rheumatic drugs for the last 10 days? Tak  Nie

Proszę wymienić jakie?  
Please specify what?

Jakie operacje przebyła/przebył Pani/Pan dotychczas?  
Have you undergone any surgeries? Tak  Nie

Proszę wymienić jakie?  
Please specify what?

Czy w związku przebytymi operacjami wydarzyło się coś szczególnego?  
Has anything particular happened in relation to any of those surgeries? Tak  Nie

Proszę wymienić co?  
Please specify what?

Czy krewni Pani/Pana mieli jakieś powikłania związane ze znieczuleniem?  
Have your relatives had any complications related to anaesthesia? Tak  Nie

Czy miała/miał Pani/Pan przetaczaną krew?  
Have you ever had a blood transfusion? Tak  Nie





## Informacja o stanie zdrowia Health information

Czy przyjmuje Pani/Pan leki hormonalne w tym środki antykoncepcyjne?  
Have you been taking any hormonal drugs including contraceptives?

Tak  Nie   
Yes No

Choroby oczu (np. jaskra, zaćma, inne)?  
Eye diseases (e.g. glaucoma, cataract, other)?

Tak  Nie   
Yes No

Choroby układu nerwowego (np. padaczka, SM, ch. Parkinsona, niedowład, inne)?  
Nervous system diseases (e.g. epilepsy, SM, Parkinson's disease, paresis, other)?

Tak  Nie   
Yes No

Czy była/był Pani/Pan leczona z powodu chorób psychicznych (np. nerwicy, depresji inne)?  
Have you been treated for mental diseases (e.g. neurosis, depression, other)?

Tak  Nie   
Yes No

Czy choruje Pani/Pan na choroby układu kostnego (kręgosłupa, stawów, inne)?  
Have you been suffering from skeletal systems disease (spine, joints, other)?

Tak  Nie   
Yes No

Czy choruje Pani/Pan na owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy?  
Have you been suffering from gastric or duodenal ulcer?

Tak  Nie   
Yes No

Choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia krwi (np. skłonność do powstawania krwaków, krwawienia z nosa, inne)?  
Blood diseases or blood clotting disorder (i.e. tendency to haematoma formations, nosebleeds, other)?

Tak  Nie   
Yes No

Czy przyjmuje Pani/Pan leki przeciwzakrzepowe: Aspiryna, Acard, Clexane, Frexiparine, Tielid, Sintrom, Acekumaroł?  
Have you been taking anticoagulant drugs: Aspirin, Acard, Clexane, Frexiparine, Tielid, Sintrom, Acekumaroł?

Tak  Nie   
Yes No

Proszę wymienić jakie?  
Please specify what?

Uczulenia (katar sienny, wysypki, nadwrażliwość na żywność lub leki lub plaster)?  
Allergies (hay fever, exanthemas, food or drug or adhesive strip hypersensitivity)?

Tak  Nie   
Yes No

Proszę wymienić jakie?  
Please specify what?

Czy choruje Pani/Pan na inną - nie wymienioną wyżej - chorobę?  
Have you been suffering from any other diseases, not mentioned above?

Tak  Nie   
Yes No

Proszę wymienić jakie?  
Please specify what?

Czy ma Pani/Pan protezy zębowe (np. koronki, mosty wymiadowane protezy, inne)?  
Do you have dental prosthesis (i.e. facies, bridges, removable prostheses, other)?

Tak  Nie   
Yes No

Czy ma Pani/Pan ruszające się zęby?  
Do you have mobile teeth?

Tak  Nie   
Yes No

Czy pali Pani/Pan regularnie?  
Do you smoke regularly?

Tak  Nie   
Yes No

Czy pije Pani/Pan regularnie alkohol?  
Do you drink alcohol regularly?

Tak  Nie   
Yes No

Czy jest Pan/Pani przyzwyczajony do jakichś lekarstw?  
Are you used to any drugs?

Tak  Nie   
Yes No

Czy źle Pani/Pan słyszy?  
Do you have any hearing difficulties?

Tak  Nie   
Yes No

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.  
I declare that the aforementioned information is true and accurate.

-  -   
Data  
Date

Podpis Pacjenta  
Patient's signature