

Ankieta dla pacjentów

Proszę wydrukować, wypełnić i zabrać ze sobą na umówioną wizytę

Nazwisko i imię:

Data ur.:

płeć:

Adres:

tel. kom.

tel. domowy:

Lekarz rodzinny:

Pesel:

Problem: (krótki opis)

Brak urazu:

początek dolegliwości - data:

nieokreślony

Wcześniejsze urazy (szczególnie złamania i zwichnięcia):

w tej samej lokalizacji

inne (podać miejsce)

Ubezpieczenie

podstawowe – firma: zus krus

czy udzielono pierwszej pomocy? tak nie

data:

jeśli tak: gdzie?

unieruchomienie nakłucie stawu

czy wykonano rtg: tak nie

data:

miejsce:

leczone choroby dodatkowe:

cukrzyca, osteoporoza, serce, płuca,

choroba wrzodowa, tarczycy, nerwica,

zatorowość płucna, nadciśnienie tętnicze,

choroba zakrzepowa, żylaki kończyn dolnych,

przewlekłe stany zapalne - gardło (anginy),

układ moczowy, jama ustna

przebyte lub czynne choroby

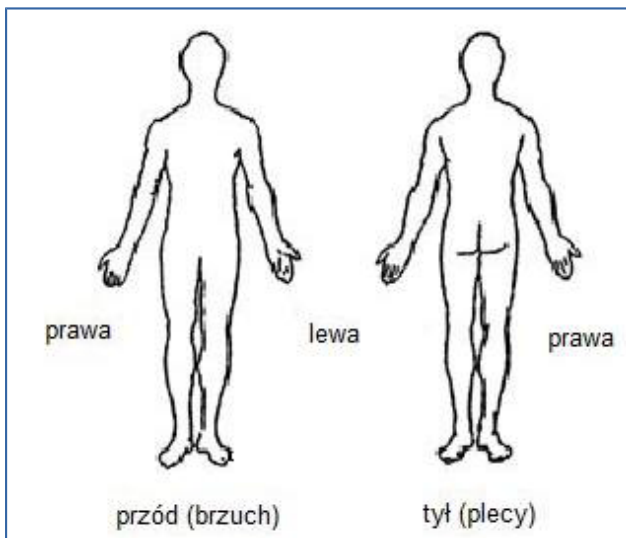
żółtaczką aids

rzadkie lub nietypowe choroby w najbliższej rodzinie:

choroby krwi i przedłużone krwawienia?

tak nie

Proszę zaznaczyć miejsca bolesne:



uraz: tak nie

data urazu:

okoliczności urazu: sport wypadek w pracy,

wypadek w rolnictwie, wypadek

komunikacyjny, inne (opisać)

Problemy (zaznacz krzyżykiem)

ogólne

- gorączka/dreszcze/pocenie
- nagła utrata masy ciała
- nadmierne pragnienie
- nadmierne oddawanie moczu

sercowo-naczyniowe

- ból w klatce
- kołatania serca

oddechowe

- kaszel, krwawienia
- trudności z oddychaniem

żołądkowo-jelitowe

- nudności/wymioty
- biegunki

neurologiczne

- bóle głowy
- zawroty głowy
- zdrętwienia
- utrata koordynacji

psychiczne

- lęki/stres
- kłopoty ze snem
- depresja

inne

- skłonność do siniaków
- wysypka

leczenie operacyjne - w ciągu ostatnich 10 lat:

- układ ruchu (w ciągu całego życia):

inne

przyjmowane leki:

aspiryna lub podobne leki w ciągu ostatnich 14 dni

tak nie

sterydy (wziewne, doustne obecnie lub kiedyś)

tak nie

inne (wymienić)

uczulenia na leki: tak nie
wymienić jakie:

palenie papierosów tak nie

ile papierosów dziennie:

ręka dominująca: prawa lewa

uprawiany sport:

źródło informacji o nas?

- lekarz rodzinny znajomy lub rodzina
- strona www rehabilitant

czy pani/pan obecnie pracuje? tak/nie

wykonywana praca

- stojąca siedząca w pozycji klęczącej,
- częste przysiady i kucanie z rękoma nad głową

proszę zakreślić poziom bólu:

brak bólu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 najgorszy możliwy

Część dla badającego lekarza:

wywiad:

badanie:

wnioski: