BADANIE PODMIOTOWE
(OBOWIĄZKOWA ANKIETA DLA PACJENTA)

Zaznacz właściwe pola.

Rodzaj badania profilaktycznego:	◯ Wstępne (W) ◯ Okresowe (O) ◯ Kontrolne (K)
Objęty opieką jako:	◯ Pracownik (P) ◯ Działalność gosp. (D) ◯ Pobierający naukę (U) ◯ Na własny wniosek (W)

Imię i nazwisko:	Płeć: ◯ K ◯ M	PESEL:
Adres zamieszkania:		
Adres e-mail:	Numer telefonu domowego / komórkowego:	Numer telefonu do pracy:
Nazwa i adres zakładu pracy, stanowisko pracy:		
Nazwa i adres placówki dydaktycznej / kierunek nauki:		

Dotychczasowe zatrudnienie / dotychczasowa praktyczna nauka zawodu, studia lub studia doktoranckie				
Nazwa i adres zakładu pracy / placówki dydaktycznej	**Stanowisko pracy / nauki**	**Okres zatrudnienia / nauki**	**Czynniki szkodliwe / uciążliwe**	**Okres zatrudnienia / nauki w narażeniu**

Czy w przebiegu pracy zawodowej:	**TAK**	**NIE**		
Stwierdzono chorobę zawodową?	◯	◯	Jaką?	Nr z wykazu chorób zawodowych (uzupełnia lekarz)
Lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?	◯	◯	Kiedy?	Z jakiego powodu?
Uległ Pan/i wypadkowi w pracy?	◯	◯	Kiedy?	Skutki wypadku
Przyznano Panu/i świadczenia rentowe?	◯	◯	Kiedy?	Z jakiego powodu? (choroby zawodowej (z), wypadku w pracy (w), ogólnego stanu zdrowia (o))
Orzeczono stopień niepełnosprawności?	◯	◯	Kiedy?	Stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności)

Wzrost (cm):	Waga (kg):	Adres lekarza rodzinnego:

Skargi badanego (czy coś obecnie Pani/u dolega?)	co?

Gabinet Lekarski

Informacja o stanie zdrowia – proszę zaznaczyć przebyte choroby	TAK	NIE	Opis
Urazy czaszki	◯	◯	
Urazy układu ruchu	◯	◯	
Omdlenia	◯	◯	
Padaczka	◯	◯	
Inne choroby układu nerwowego	◯	◯	
Choroby psychiczne	◯	◯	
Cukrzyca	◯	◯	
Choroby narządu słuchu / głosu	◯	◯	
Choroby narządu wzroku	◯	◯	
Choroby układu krwiotwórczego	◯	◯	
Choroby układu krążenia	◯	◯	
Choroby układu oddechowego	◯	◯	
Choroby układu pokarmowego	◯	◯	
Choroby układu moczowo-płciowego	◯	◯	
Choroby układu ruchu	◯	◯	
Choroby skóry / uczulenia	◯	◯	
Choroby zakaźne / pasożytnicze	◯	◯	
Wywiad ginekologiczno-położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)	◯	◯	
Wywiad rodzinny (czy w rodzinie występowały choroby takie jak: astma, cukrzyca, choroby psychiczne, serca, nadciśnienie, nowotwory?)	◯	◯	Jakie?
Inne problemy zdrowotne?	◯	◯	Jakie?
Palenie tytoniu	◯	◯	Obecnie: ile sztuk dziennie? / W przeszłości: ile lat?
Inne używki	◯	◯	
Osobista ocena stanu zdrowia – zaznacz:	◯ Bardzo dobre ◯ Dobre ◯ Raczej dobre ◯ Raczej słabe ◯ Słabe		

	TAK	NIE	Opis – uwagi
Czy przebył/a Pan/i zabiegi operacyjne? Jakie? Kiedy?	◯	◯	
Czy jest Pan/i pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?	◯	◯	
Czy przyjmuje Pan/i leki? Jakie?	◯	◯	

Oświadczam, że zrozumiałem (-am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem (-am) na nie zgodnie z prawdą.

Data: . .
dzień miesiąc rok

(podpis pacjenta – imię i nazwisko)

Gabinet Lekarski