

# ANKIETA ZDROWIA PACJENTA

Dziękujemy za wybór naszego gabinetu. W trosce o jakość naszych usług, prosimy wypełnić zamieszczone niżej rubryki, zgodnie ze swą najlepszą aktualną wiedzą.

Dnia: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_ Imię: \_\_\_\_\_ Inic.drug. Im. \_\_\_\_\_

Adres email: \_\_\_\_\_ Płeć: \_\_\_\_\_ Data ur.: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Miejscowość: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod poczt.: \_\_\_\_\_

Nr. Soc.Security: \_\_\_\_\_ Ubezpieczenie Zdrow.: \_\_\_\_\_

Nr. Tel. Dom.: \_\_\_\_\_ Tel. Prac.: \_\_\_\_\_ Tel. Komórk.: \_\_\_\_\_

Zawód wykon.: \_\_\_\_\_ Pracodawca: \_\_\_\_\_ Godz./tydz.: \_\_\_\_\_

## OKULISTYKA

Czy aktualnie nosisz  Okulary  Kontaktówki  Żadne z pow.

Czy masz trudności z widzeniem podczas czytania?  Nie  Tak

Czy masz trudności z widzeniem podczas prowadzenia?  Nie  Tak

Czy aktualnie przyjmujesz okulistyczne leki z przepisu/wolnorynkowe?  Nie  Tak

Jeśli tak, to jakie?

Czy miałeś(aś) kiedykolwiek okulistyczny zabieg chirurgiczny?  Nie  Tak

Jeśli tak, prosimy scharakteryzować:

Oko Prawe Rodzaj zabiegu: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Rodzaj zabiegu: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Oko Lewe Rodzaj zabiegu: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Rodzaj zabiegu: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Czy kiedykolwiek doznano obrażeń oka?  Nie  Tak

Jeśli tak, prosimy scharakteryzować

Czy występowały poniższe schorzenia/urazy?

Jaskra  Nie  Tak

Zwyrod. plamki. ż.  Nie  Tak

Zaćma  Nie  Tak

Oderwanie/rozdarcie siatkówki  Nie  Tak

Ambliopia (ściemn. widzenia)  Nie  Tak

Bóle oka  Nie  Tak

Zaburzenia ostrości  Nie  Tak

Redukcja pola widzenia  Nie  Tak

Podwójny obraz  Nie  Tak

„błyski” światła  Nie  Tak

Pływające ciemne plamki  Nie  Tak

Aureole  Nie  Tak

Światłowstręt  Nie  Tak

Zaczerwienienie  Nie  Tak

Świąd  Nie  Tak

Pieczenie  Nie  Tak

Uczucie suchości  Nie  Tak

Uczucie „piasku/ziarnistości”  Nie  Tak

Uczucie „ciała obcego”  Nie  Tak

Wysięk  Nie  Tak

Zakrzepy wysięku  Nie  Tak

Opadająca powieka  Nie  Tak

Inne: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDYCZNA

CZY AKTUALNIE LECZYSZ SIĘ NA?

Nadciśnienie  Cukrzyca  Chor. Serca  Wylew  Reumatyzm  Inne

Czy kiedykolwiek leczyłeś(aś) się na poważne schorzenie przewlekłe lub uraz?  Nie  Tak

Jeśli tak, proszę scharakteryzować: \_\_\_\_\_

Czy doszło do pobytu szpitalnego lub zabiegu operacyjnego?  Nie  Tak

Jeśli tak, proszę scharakteryzować: \_\_\_\_\_

Proszę podać wykaz przyjmowanych leków, z przepisu lekarza i wolnorynkowych: \_\_\_\_\_

Czy jesteś uczulony(a) na:

Leki  Nie  Tak Rodzaj: \_\_\_\_\_

Pokarmy  Nie  Tak Rodzaj: \_\_\_\_\_

Kauczuk  Nie  Tak

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_ Nr. Rach.: \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDYCZNA (ciąg dalszy)**

**FUNKCJONOWANIE UKŁADÓW ORGANIZMU**

**CZY AKTUALNIE CIERPISZ NA:**

	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	Jeśli tak, prosimy o objaśnienie
<b>Nagły przyrost/utrata wagi</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Chroniczna gorączka lub zmęczenie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Serce</b> (np. bóle w klatce piers., dusznica bolesna, arytmia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Układ oddechowy</b> (np. kaszel, świsty/rzęzenie, zadyszka, astma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Laryngologiczne</b> (np. chrypka, probl. zatokowe, bóle ucha, utrata słuchu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>U. żołądkowo-jelitowy</b> (np. bóle brzucha, zgaga, probl. z oddaw. stolca, wymioty)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>U. moczowy</b> (np. bóle przy oddaw. Mocz, krew w moczu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>U. krwiotwórczo-limfatyczny</b> (np. choroby krwi, zasinienia, powolne gojenie ran, powiększ. gruczołów)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>U. wydzielniczy (gruczoły)</b> (np. niewydolność tarczycy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>U. skórny</b> (np. wysypki, suchość naskórka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>U. mięśniowo-szkieletowy</b> (np. bóle w stawach, trudności zginania, opuchlina, bóle/osłabienie mięśni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>U. neurologiczny</b> (np. bóle w klatce piers., dusznica bolesna, arytmia, astma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>U. funk. psychiczne</b> (np. drętwienie, bóle głowy, a. epileptyczne, bezsenność, depresja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>U. alergiczno-immunolog.</b> (np. odczyn na pokarmy lub leki, alergie środowiskowe, alergie sezonowe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**HISTORIA ŚRODOWISKOWA**

Stan cywilny:  Nieżonaty/Niezamężna  Żonaty/Zamężna  W separacji  Rozdiedz.  Owdowiały(a)

Spożycie alkoholu:  Nigdy  Rzadko  Umiarkow.  Codziennie **ŁOŚĆ?** \_\_\_\_\_

Spożycie tytoniu:  Nigdy  Dawniej, ale obecnie nie, od \_\_\_ lat  Tak, \_\_\_ paczek/dzień

**HISTORIA MEDYCZNA RODZINY**

	Wiek	Schorzenia ogólne/okulistyczne	Jeśli zmarły – przyczyna zgonu
Ojciec	_____	_____	_____
Matka	_____	_____	_____
Rodzeństwo	_____	_____	_____
Rodzeństwo	_____	_____	_____
Dzieci	_____	_____	_____
Dzieci	_____	_____	_____
Współmałż.	_____	_____	_____

Odpowiedzi udzielone przeze mnie powyżej są prawdziwe zgodnie z moim przekonaniem i najaktualniejszą wiedzą. Informowanie lekarza o wszelkich zmianach w moim stanie zdrowia jest moim obowiązkiem.

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta lub opiekuna (jeśli niepełnoletni)

\_\_\_\_\_  
Dnia