

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

DATA	
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	PESEL
Numer telefonu do kontaktu	
E-mail	

- 1) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)
 - Tak
 - Nie
- 2) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?
 - Tak
 - Nie
- 3) Czy występują u Pana(i) objawy?
 - Gorączka powyżej 38°C
 - Kaszel
 - Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

Imię i Nazwisko osoby badanej:

BADANIE PODMIOTOWE

Skargi badanego(ej):

	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)			porody		OM	
			poronienia		leki hormon.	
Wywiad rodzinny*						
Inne problemy zdrowotne						
Palenie tytoniu			w przeszłości		obecnie	
Inne używki (jakie ?)						

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Bardzo dobre	Dobre	Raczej dobre	Raczej słabe	Słabe

	tak	nie	Opis – uwagi
Czy badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(e)? Jakie? Kiedy?			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?			
Czy badany(a) przyjmuje leki? Jakiej?			

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

.....
(podpis osoby badanej)

.....
(podpis i pieczęć osoby przeprowadzającej badanie profilaktyczne)

Upoważniam nie upoważniam	Upoważniam nie upoważniam
..... (imię i nazwisko, dane kontaktowe) (imię i nazwisko, dane kontaktowe)
do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych	do uzyskiwania dokumentacji medycznej
..... podpis badanego podpis badanego

* W szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, chorób psychicznych, chorób serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów