



# ANKIETA MEDYCZNA



Bilans Zdrowia  
mgr farm. Anita Molenda  
NIP 6772215608  
REGON 363657670  
Rydla 6/30 30-130 Kraków  
+48602189034  
[kontakt@bilanszdrowia.pl](mailto:kontakt@bilanszdrowia.pl)  
[www.bilanszdrowia.pl](http://www.bilanszdrowia.pl)

## DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko

PESEL

Numer telefonu

Email

Adres zamieszkania

## INFORMACJE PODSTAWOWE

WAGA

WZROST

WYKONYWANY ZAWÓD

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Brak aktywności fizycznej (osoba leżąca)

Lekka aktywność fizyczna (około 120min /tyg)

Średnia aktywność fizyczna (około 240min/tyg)

Wysoka aktywność fizyczna (około 420min/tyg)

Bardzo wysoka aktywność fizyczna (sportowcy zawodowi)

**1. PROSZĘ WYMIENIĆ SWOJE SCHORZENIA, KIEDY ZOSTAŁY ROZPOZNANE ORAZ STOSOWANE METODY LECZENIA, W TYM ZABIEGI OPERACYJNE, FARMAKOTERAPIA (NP. ANTYBIOTYKI, LEKI NA ZGAGĘ, PRZECIWZAPALNE, PRZECIWGRZYBICZE, PRZECIWCUKRZYCOWE, PRZECIWDEPRESYJNE), A TAKŻE INNE METODY JAK AKUPUNKTURA.**

**2. JAKIE ŚRODKI LECZNICZE, ZIOŁA, SUPLEMENTY, PROBIOTYKI, WITAMINY STOSOWAŁ/A PAN/PANI W CIĄGU OSTATNICH DWÓCH LAT, W TYM DŁUGOTRWAŁE TERAPIE ANTYBIOTYKAMI I PROBIOTYKAMI? PROSIMY O OPIS EFEKTÓW I, JEŚLI TO MOŻLIWE, NAZWY LEKÓW ORAZ OKRESY ICH STOSOWANIA.**

**3. CZY PRZEPROWADZIŁ/A PAN/PANI SPECJALISTYCZNE  
BADANIA DIAGNOSTYCZNE (LABORATORYJNE, OBRAZOWE,  
ENDOSKOPOWE) W ZWIĄZKU Z OBECNYMI  
DOLEGLIWOŚCIAMI? PROSIMY O WYMIENIENIE RODZAJÓW  
WYKONANYCH BADAŃ ORĄZ EWENTUALNE DOŁĄCZENIE  
WYNIKÓW BADAŃ**

**4. CZY WYSTĘPUJĄ U PANI/PANA ALERGIE LUB  
NIETOLERANCJE POKARMOWE, LUB NIEWŁAŚCIWE REAKCJE  
NA LEKI? PROSIMY O WYMIENIENIE.**

**5. CZY STOSUJE PAN/PANI DIETĘ SPECJALISTYCZNĄ, JEŚLI TAK PROSZĘ OPISAĆ NA CZYM ONA POLEGA?**

**6. NA JAKIEGO RODZAJU POKARM MA PAN/PANI CZĘSTO OCHOTĘ (SŁODKI, SŁONY, KWAŚNY, OSTRY, GORZKI, ITD.). CZY SŁODZI PAN/PANI? JEŚLI TAK TO CZYM?**

**7. CZY W RODZINIE PANA/PANI WYSTĘPOWAŁY LUB WYSTĘPUJĄ POWAŻNE CHOROBY (NP. NOWOTWORY, CHOROBY NEUROLOGICZNE, CUKRZYCA, CHOROBY SERCOWO-NACZYNIOWE)?**

Ojciec

Dziadek

Babcia

Matka

Rodzeństwo

Rodzeństwo

Rodzeństwo matki

Rodzeństwo ojca

**8. JAK CZĘSTO I W JAKICH ILOŚCIACH SPOŻYWA LUB UŻYWA PAN/PANI NASTĘPUJĄCYCH SUBSTANCJI:**

Alkohol

Papierosy

Kawa

Woda

Środki odurzające

Środki uspokajające

Środki pobudzające,  
napoje energetyzujące

**9. CZY PODRÓŻUJE PAN/PANI CZĘSTO POZA MIEJSCE SWOJEGO STAŁEGO ZAMIESZKANIA? CZY ODBYWA PAN/PANI PODRÓŻE DO EGZOTYCZNYCH MIEJSC? JEŚLI TAK, PROSIMY O WSKAZANIE, KIEDY MIAŁA MIEJSCE OSTATNIA PODRÓŻ. CZY KIEDYKOLWIEK DOŚWIADCZYŁ/A PAN/PANI JAKICHKOLWIEK DOŁĘGLIWOŚCI PO LUB W TRAKCIE PODRÓŻY?**

**10. CZY SZCZEPI SIĘ PAN/PANI REGULARNIE? JAKIE TO SZCZEPIONKI? PODSTAWOWE? DODATKOWE? PROSIMY O KOMENTARZ:**

**11. CZY SĄ JAKIEŚ INNE INNE NIEPOKOJĄCE PANA/PANIĄ OBJAWY, KTÓRE NIE BYŁY WYMNIENIONE W ANKIECIE A MAJĄ WPŁYW NA STAN PAN/PANI ZDROWIA ORAZ JAKOŚĆ PANA/PANI ŻYCIA? PROSZĘ JE OPISAĆ W TYM MIEJSCU.**

**12. PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZNAKIEM X W "O" JEŻELI DOTYCZĄ PANI/PANA OKREŚLONE DOLEGLIWOŚCI/OBJAWY:**

- O Brak apetytu
- O Nadmierny apetyt
- O Napady głodu
- O Napady głodu w nocy
- O Wilczy głód
- O Utrata wagi
- O Ciągła utrata wagi
- O Stały wzrost wagi
- O Nadwaga
- O Częste wahania wagi
- O Uczucie ciągłego zmęczenia
- O Nadmierna nerwowość
- O Depresja
- O Poirytowanie
- O Ciągła senność
- O Zaburzenia nastroju
- O Zaburzenia koncentracji
- O Zaburzenia pamięci

- O Zaburzenia snu
- O Trudności z zaśnięciem
- O Bezsenność
- O Wybudzanie się nad ranem
- O Preferuje gorące napoje
- O Preferuje zimne napoje
- O Nadmierna potliwość
- O Nadmierne poty w nocy
- O Zlewne poty
- O Miewam dreszcze
- O Gorączka
- O Stany podgorączkowe
- O Często zimne stopy i ręce
- O Drętwienie rąk i nóg
- O Uczucie pulsowania w rękach i nogach
- O Skurcze mięśni
- O Słabość mięśni

- O Skurcze mięśni w nocy
- O Często sińce
- O Krwawienie przy niewielkim skaleczeniu
- O Suchość skóry
- O Swędzenie skóry
- O Pokrzywki
- O Egzema
- O Trądzik
- O Łuszczyca
- O Dermatozy
- O Wypryski
- O Wysypki
- O Bóle głowy
- O Migreny
- O Aura
- O Zawroty głowy
- O Mroczyki

## 12. PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZNAKIEM X W "O" JEŻELI DOTYCZA PANI/PANA OKREŚLONE DOLEGLIWOŚCI/OBJAWY:

- Widzę jak przez mgłę
- Ból oczu
- Oczy są zaczerwienione
- Świąd w oczach
- Ból w obrębie twarzy
- Zaciskanie szczęk
- Zgrzytanie zębami
- Bruksizm
- Ból i zapalenie zatok
- Zatkane zatoki
- Katar
- Lejący katar
- Uczucie przetykania kataru
- Częsty ból gardła
- Chrząkanie
- Suchość w jamie ustnej
- Angina
- Afty
- Opryszczka
- Nawracające infekcje dróg oddechowych
- Trudności w przetykaniu
- Częste infekcje uszu
- Problemy ze słuchem
- Szum w uszach
- Problemy z zębami
- Problemy z dziąsłami
- Próchnica
- Parodontoza
- Nieświeży oddech
- Halitoza
- Łysienie
- Wypadanie włosów
- Uczucie ucisku w klatce piersiowej
- Trudności w oddychaniu
- Astma
- Kaszel
- Palpitacje
- Nieregularny rytm bicia serca
- Niskie ciśnienie
- Wysokie ciśnienie
- Wahania ciśnienia
- Niestrawność

- O Gazy
- Uczucie wzdęcia
- O Gazy i wzdęcia budzące w nocy
- O Przelewanie w brzuchu
- O Odbijanie się
- O Zgaga
- O Nudności
- O Wymioty
- O Biegunka (Proszę podać ile wypróżnień na dobę: \_\_\_\_\_)
- O Luźne stolce
- O Uczucia niepełnego wypróżnienia po oddaniu stolca
- O Zaparcia (Proszę podać ile dni trwa lub co ile dni następuje wypróżnienie: \_\_\_\_\_)
- O Występujące na przemian biegunka i zaparcia
- O Zauważalna krew/śluz w stolcu
- O Hemoroidy
- O Skurcze żołądka/jelit
- O Anemia
- O Częste oddawanie moczu
- O Natychmiastowe parcie na mocz
- O Krew w moczu
- O Ból/pieczenie podczas oddawania moczu
- O Gęsty mocz (w białym kolorze, jak mleko)
- O Nietrzymanie moczu / parcie na mocz w nocy
- O Bóle szyi i ramienia
- O Ból w górnej części pleców
- O Ból w dolnej części pleców
- O Ból żeber
- O Ból stawów
- O Bóle mięśni
- O Ból uda
- O Ból kolana
- O Ból łydki
- O Ból голeni
- O Nawracające infekcje układu moczowo-płciowego

- O Problemy ginekologiczne
- O Cięcie cesarskie
- O Przebyte ciężkie zatrucia pokarmowe jak salmonelloza
- O Przebyte ciężkie zakażenia covid
- O Ile lat miała pani gdy pojawiła się pierwsza miesiączka:
- O Jak długi jest pani cykl miesięczkowy:
- O Jak długo trwa miesiączka:
- O Czy miesiączka jest bolesna?
- O Czy ból promieniuje do pleców/nóg/innych części ciała?
- O Czy występują bóle brzucha poza miesiączką?
- O Czy występują bóle przy oddawaniu moczu/kału?
- O Czy występują Skrzepy
- O Czy występują Skurcze w trakcie miesiączki
- O Czy występują Biegunka/wymioty/nudności
- O Czy występują Czutość/ból piersi
- O Czy występują Szybkie zmiany nastroju
- O Czy występują Uczucie wzdęcia/opuchlizny
- O Czy występują Ból głowy/migrena/ból dolnej partii pleców
- O Czy występują Zachcianki na określone potrawy/smaki
- O Czy jest Pani obecnie w ciąży?
- O Ilość ciąż:
- O Ilość porodów:
- O Mięśniaki/cysty na jajnikach:
- O Częste zapalenia pęcherza:
- O Częste infekcje pochwy (drożdżycy, inne):
- O Wiek kiedy zaczął się okres menopauzy (ewentualnie):

PODPIS PACJENTA

PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO

- podpis opiekuna w przypadku dziecka poniżej 16 roku życia
- podpis pacjenta i opiekuna w przypadku dziecka między 16 a 18 rokiem życia\*

Zlecając badanie diagnostyczne, wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych w celu wykonania badania diagnostycznego przez Bilans Zdrowia, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).