

ANKIETA MEDYCZNA

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 ZGĄGĘ, 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 ORAZ 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 SPECJALISTYCZNA, 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 TÓ 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 uspakajające

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 SZCZEPIONIENIA? PODSTAWOWE? DODATKOWE? PROSIMY O KOMENTARZ:

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

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

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

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

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

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

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