

WYWIAD OGÓLNOMEDYCZNY

Imię i nazwisko PESEL

Czy stwierdzono u Pana/Pani poniższe choroby? (Odpowiedź proszę zaznaczyć krzyżykiem).

	TAK	NIE	UWAGI
Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby sercowo-naczyniowe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• choroba wieńcowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• przebyty zawał serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• wada serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• rozrusznik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• leczenie przeciwzakrzepowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby tarczycy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby zakaźne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• żółtaczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padaczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby nerek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroba wrzodowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia hormonalne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroba nowotworowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby reumatyczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaskra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne choroby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciąża	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalizacja w ciągu ostatnich 2 lat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drobne zabiegi medyczne, kosmetyczne w ciągu ostatnich 2 lat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przyjmowane leki
.....		

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe.

Data i czytelny podpis pacjenta podpis lekarza