



BADANIE PODMIOTOWE ANKIETA DLA PACJENTA

Imię i nazwisko										Zawód wyuczony / zawód wykonywany					
Pesel										Wzrost		Waga		Płeć	
														K	M

Czy w przebiegu pracy zawodowej:		NIE	TAK		
Stwierdzono chorobę zawodową?				Jaką?	Nr z wykazu chorób zawodowych /uzupełnia lekarz/
Lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?				Kiedy?	Z jakiego powodu?
Uległ Pan/i wypadkowi w pracy?				Kiedy?	Skutki wypadku
Przyznano Panu/i świadczenia rentowe?				Kiedy?	Z jakiego powodu? choroby zawodowej (z), wypadku w pracy (w), ogólnego stanu zdrowia (o)
Orzeciono stopień niepełnosprawności?				Kiedy?	Stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności)

Skargi badanego (czy coś obecnie Pani/u dolega?)	co?
---	-----

Informacja o stanie zdrowia - proszę zaznaczyć przebyte choroby	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 ginekologiczny – położniczy (miesięczka, ciąża, leki hormonalne)				
Wywiad rodzinny (czy w rodzinie ktoś chorował na: astmę, cukrzycę, łuszczycę, choroby psychiczne, serca, nadciśnienie, nowotwory?)			Jakie?	
Inne problemy zdrowotne?			Jakie?	
Palenie tytoniu			Obecnie: Ile sztuk dziennie?	W przeszłości: ile lat?
Inne używki				

Jak ocenia Pan/i swój stan zdrowia -
zaznacz

Bardzo dobre

Dobre

Raczej dobre

Raczej słabe

Słabe

TAK

NIE

Opis - uwagi

Czy przebył/a Pan/i zabiegi operacyjne? Jakiej? Kiedy?

Czy jest Pan/i pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?

Czy przyjmuje Pan/i leki? Jakiej?

Dotychczasowe zatrudnienie / dotychczasowa praktyczna nauka zawodu, studia lub studia doktoranckie

**Nazwa i adres zakładu pracy / placówki
dydaktycznej**

**Stanowisko pracy /
nauki**

**Okres
zatrudnienia /
nauki**

**Czynniki szkodliwe /
uciążliwe**

**Okres zatrudnienia /
nauki w narażeniu**

Nazwa i adres zakładu pracy / placówki dydaktycznej	Stanowisko pracy / nauki	Okres zatrudnienia / nauki	Czynniki szkodliwe / uciążliwe	Okres zatrudnienia / nauki w narażeniu

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

.....
data i podpis badanego

.....
podpis i pieczętka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe