

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 ginekologiczno – położniczy(miesiączka, ciąża, leki hormonalne)																
Wywiad rodzinny (czy w rodzinie ktoś chorował na:astmę, cukrzycę, tuszczycę, 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? Jakież? Kiedy?							
Czy jest Pan/i pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?							
Czy przyjmuje Pan/i leki? Jakież?							
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

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