



## ANKIETA DLA PACJENTA

*(proszę o wypełnienie i oddanie w gabinecie lekarskim)*

Imię i nazwisko:.....wiek: .....

Proszę podać telefon do rodziny w razie nagłego wypadku.....

1.Schorzenie(choroba),z powodu którego Pan(i)chce skorzystać z leczenia rehabilitacyjnego.....

2.Choroby towarzyszące:

a)nadciśnienie tętnicze TAK/NIE

b)serca:

-wada serca, TAK/NIE

-zawał serca, TAK/NIE

-zaburzenia rytmu, TAK/NIE

c)cukrzyca TAK/NIE

d)udar mózgu TAK/NIE

e)padaczka TAK/NIE

f)choroby naczyń(żylaki, miażdżyca) TAK/NIE

g)choroby psychiczne(depresje, nerwice) TAK/NIE

h)choroby nowotworowe TAK/NIE

i) astma oskrzelowa TAK/NIE

j) POCHP(Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc) TAK/NIE

k) metalowe implanty (PROTEZY,ŚRUBY)

l) bóle kręgosłupa:

-szyjnego

-piersiowego

-lędźwiowego

m) bóle stawów-których.....

n) inne choroby? .....

o) choroby skórne, alergię? .....



## ANKIETA DLA PACJENTA

3. Jakie i kiedy przebył(a) Pan(i) zabiegi operacyjne?

.....

4. Czy posiada Pan(i) pomoce ortopedyczne  
(wózek inwalidzki, balkonik, kule, laski, protezy, ortezy)?

.....

5. Czy Pan(i) chodzi samodzielnie? TAK/NIE

6. Czy wymaga Pan(i) pomocy przy:

-toalecie TAK/NIE

-ubieraniu TAK/NIE

-spożywaniu posiłków TAK/NIE

7. Proszę podać nazwy i dawki stosowanych obecnie

leków:.....

.....

.....

Wywiad zostanie przechowywany w dokumentacji medycznej.

.....

**/Data i podpis pacjenta/**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia zawartych przez administratora danych spółkę Nieruchomości i Opłaty Lokalne spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Szczecinie przy ul.Czesława 9 oraz oświadczam, iż zostałem/am poinformowany o osobie i siedzibie administratora danych osobowych, o fakcie, że dane dotyczące stanu mojego zdrowia przetwarzane będą wyłącznie w celach medycznych, że mam prawo wglądu do tych danych , ich poprawienia, aktualizowania oraz fakcie, że podanie danych na temat mojego stanu zdrowia jest dobrowolne.

.....

**/Podpis pacjenta/**