

Program LECZENIA NADWAGI I OTYŁOŚCI MINIMED 360*

ANKIETA MEDYCZNA

Nazwisko i imię.....

Pesel.....

Adres.....

Nr telefonu.....

PROSZĘ DOKŁADNIE PRZECZYTAĆ ANKIETĘ I ODPOWIEDZIEĆ NA ZAWARTE W NIEJ PYTANIA

1. Choroby serca / nadciśnienie

Czy choruje Pan(-i) na serce lub nadciśnienie tętnicze? ☐ TAK ☐ NIE

☐ zawał serca (data: _____)

☐ wada zastawek

☐ operacja serca / by-pass / stenty

☐ wysokie ciśnienie tętnicze

☐ wysoki cholesterol

☐ inne: _____

2. Choroby układu oddechowego

Czy występują choroby płuc/oskrzeli? ☐ TAK ☐ NIE

☐ astma ☐ POChP ☐ zapalenie płuc ☐ gruźlica

☐ duszność ☐ przewlekły kaszel

☐ inne: _____

3. Choroby żołądka / wątroby

Czy występują problemy żołądkowo-wątrobowe? ☐ TAK ☐ NIE

☐ choroba wrzodowa ☐ refluks ☐ zapalenie wątroby

☐ marskość ☐ stłuszczenie wątroby

4. Czy występują choroby układu moczowego nerek/pęcherza? ☐ TAK ☐ NIE

☐ kamica nerkowa ☐ częste infekcje ☐ trudności w oddawaniu moczu

☐ inne: _____

5. Czy ma Pan(-i) cukrzycę, dnę moczanową lub jakieś inne choroby tarczycy? ☐ TAK ☐ NIE

☐ cukrzyca typ 1 ☐ cukrzyca typ 2 ☐ leczenie insuliną

☐ niedoczynność tarczycy ☐ nadczynność tarczycy

☐ inne: _____

6. Czy występują choroby neurologiczne? ☐ TAK ☐ NIE

☐ udar ☐ drgawki/padaczka ☐ osłabienie mięśni

☐ bóle kręgosłupa (szyjny/piersiowy/lędźwiowy)

☐ inne: _____

7. Choroby krwi / krzepnięcie

Czy występują zaburzenia krzepnięcia? ☐ TAK ☐ NIE

☐ anemia ☐ skłonność do krwawień ☐ zakrzepica

☐ inne: _____

8. Czy ma Pan(-i) lub miał(-a) choroby żył ? ☐ TAK ☐ NIE

☐ żylaki kończyn dolnych ☐ zapalenie żył

9. Czy ma Pan(-i) choroby inne niż wymienione wyżej?

☐ opisz.....
.....

10. Czy występują uczulenia (leki, plaster, jod)? ☐ TAK ☐ NIE

Opis: _____

11. Czy ma Pan(-i) lub miał(-a) chorobę lokomocyjną ? ☐ TAK ☐ NIE

12. Czy nosi Pan(-i) szkła kontaktowe ☐ TAK ☐ NIE

13. Czy nosi Pan(-i) protezy zębowe/mostki/korony ☐ TAK ☐ NIE

14. Czy jest Pani w ciąży? ☐ TAK ☐ NIE

15. Czy pali Pan(-i) papierowy ☐ TAK ☐ NIE

☐ ile dziennie..... ☐ od ilu lat.....

16. Czy pije Pan(-i) alkohol ? ☐ TAK ☐ NIE

☐ nie ☐ rzadko ☐ regularnie niewiele ☐ regularnie dużo

17. Czy był (- a) Pan(-i) operowany (-a)? ☐ TAK ☐ NIE

☐ podaj rok i rodzaj operacji.....
.....

podaj rok i rodzaj operacji.....
.....

18. Czy przyjmuje Pan (-i) obecnie lub ostatnio jakieś leki ? ☐ TAK ☐ NIE

☐ podaj nazwę leku/dawkę (uwzględnij również suplementy, leki bez recepty, preparaty ziołowe)

.....

.....

Masa ciała: _____ kg Wzrost: _____ cm BMI: _____

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

Data i podpis pacjenta: _____

