

Szanowni Państwo!

W celu usprawnienia świadczenia dla Państwa usług zdrowotnych i poprawy jakości, zwracamy się z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety.

W razie wątpliwości prosimy zgłosić się do przychodni z posiadaną dokumentacją medyczną (karty informacyjne leczenia szpitalnego, orzeczenia o niepełnosprawności) do lekarza lub pielęgniarki.

**ANKIETA DLA PACJENTA POZ
w NZOZ” Zdrowie” s. c. w Janowie Lubelskim**

Nazwisko i imię:..... telefon:.....
Pesel:..... Adres zamieszkania:.....
Zawód..... Wykształcenie:Stan cywilny

Lista istotnych problemów zdrowotnych i rozpoznań np.

przebyte choroby zakaźne, jakie:.....

Choroby przewlekłe:

cukrzyca nadciśnienie tętnicze choroba wieńcowa astma POCHP choroby tarczycy choroby stawów lub inne wymień jakie.....

Przebyte zabiegi i hospitalizacje (data, oddział na podstawie kart informacyjnych)

.....
.....
.....

Lista leków przewlekłe stosowanych

.....
.....
.....

Obciążenia rodzinne występujące w najbliższej rodzinie.

| | rodzice, rodzeństwo, dzieci | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| choroby układu krążenia, | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| cukrzyca, | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| nowotwory, | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| wady genetyczne | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Orzeczenie o niepełnosprawności (stopień niepełnosprawności);

I grupa (znaczny)

II grupa (umiarkowany)

III grupa (lekki)

Proszę o dostarczenie oryginału lub kopii orzeczenia

Wywiad rodzinny, ile pokoleń (osób) mieszka pod jednym adresem, pokrewieństwo.

.....
.....
.....

Uczulenia i nietolerancje.....

.....
.....

Uzależnienia

Narkotyki alkohol papierosy

leki nasenne leki p/bólowe

Przeprowadzone szczepienia i stosowane surowice.....

.....
.....

Warunki mieszkaniowe:

A) Budynek murowany; drewniany; blok; parter, piętro.....

b) Mieszkanie: liczba pokoi.....; liczba okien.....

Czy jest warsztatem pracy: tak / nie

Dojście do mieszkania: dobre / złe / inne przeszkody.....

Zaopatrzenie w wodę: wodociąg / studnia. Gaz: z sieci / z butli / brak

Ogrzewanie: centralne / piec kaflowy / płyta kuchenna / elektryczne.

Ubikacja w mieszkaniu / na korytarzu / poza budynkiem / brak.

Zagrożenia epidemiologiczne (ze względu na miejsce zamieszkania lub zatrudnienia),

nie / tak - jakie.....

Status materialny rodziny : dobry / średni / zły

Rodzina korzysta z pomocy społecznej: PCK / rodziny / parafii / innej.

Wydolność opiekuńcza rodziny: pełna / niepełna

Mieszkanie : zadbane tak / nie, Higiena osobista: ciało, odzież, czysta tak / nie

Oświadczam że powyższe dane są zgodne z prawdą

.....
/podpis/