



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdrowie” s.c.

Izabela Dorota Anasiewicz - Kostrzewa, Maria Kokoszka

23-300 Janów Lubelski ul. Jana Pawła II 5
NIP 862-14-62-215, Regon 431166043

tel.: (0-15) 8723 099 tel./fax: (0-15) 8723 094
Czynne: Poniedziałek-Piątek 8⁰⁰-18⁰⁰

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) 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 II grupa III grupa

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/