



## Ankieta dla pacjenta

Szanowny Pacjencie,

W celu właściwej kwalifikacji do leczenia na Oddziale Rehabilitacji Narządu Ruchu prosimy o odpowiedź na wszystkie poniższe pytania. Prosimy o przesłanie ankiety w okresie 4 - 2 tygodni przed planowanym przyjęciem:

**pocztą: Szpital Rehabilitacyjno – Kardiologiczny, ul. Sanatoryjna 34, Kowanówko, 64-600 Oborniki** lub

**faksem: 61 29 61 615** lub **e-mailem: szpital@kowanowko.pl**

Istnieje również możliwość pobrania ankiety ze strony [www.kowanowko.pl](http://www.kowanowko.pl) w zakładce "Dla pacjentów".

Imię i nazwisko:

Telefon kontaktowy:

Czy choruje lub chorował(a) pan(i) na następujące choroby:

- 1) serca (wada serca, zawał serca, dusznica bolesna, zaburzenia rytmu)  TAK  NIE Jeżeli "tak" proszę podkreślić właściwe
- 2) nadciśnienie tętnicze  TAK  NIE
- 3) cukrzyca  TAK  NIE
- 4) choroby nowotworowe  TAK  NIE

Jeżeli "tak" to jakie i kiedy? .....

.....

5) astmę, POChP  TAK  NIE

6) przewodu pokarmowego (choroba wrzodowa, zapalenie trzustki, inne)  TAK  NIE

Jeżeli "tak" to jakie i kiedy? .....

.....

7) wątroby (np. żółtaczką, marskość)  TAK  NIE

8) udar mózgu  TAK  NIE Jeżeli "tak" to kiedy? .....

9) padaczka  TAK  NIE Jeżeli "tak" to kiedy był ostatni napad? .....

10) psychiczne (np. depresja, nerwica, otępienie)  TAK  NIE

11) tarczycy  TAK  NIE

12) choroby naczyń (miażdżyca, żylaki)  TAK  NIE

13) nerek (np. kamica, zapalenie, niewydolność)  TAK  NIE

14) przewlekłe choroby skóry (np. owrzodzenia, grzybice)  TAK  NIE

15) uczulenia: jakie .....

.....

CZY PRZEBYŁ(A) PAN(I) URAZY  TAK  NIE

Jeżeli "tak" to jakie i kiedy? .....

.....

CZY PRZEBYŁ(A) PAN(I) OPERACJE  TAK  NIE

Jeżeli "tak" to jakie i kiedy? .....

.....

CZY WYSTĘPUJĄ:

- 1) zawroty głowy, zaburzenia równowagi  TAK  NIE  
2) omdlenia  TAK  NIE  
3) osłabienie mięśni  TAK  NIE  
4) duszność spoczynkowa lub przy małym wysiłku  TAK  NIE  
5) trudności w utrzymaniu moczu i stolca  TAK  NIE

CZY WYMAGA PAN(I) POMOCY PRZY:

- 1) ubieraniu  TAK  NIE  
2) chodzeniu  TAK  NIE  
3) toalecie  TAK  NIE  
4) spożywaniu posiłków  TAK  NIE

PROSZĘ PODAĆ NAZWY I DAWKI STOSOWANYCH AKTUALNIE LEKÓW:

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

.....  
data i podpis