

BADANIE PODMIOTOWE (OBOWIĄZKOWA ANKIETA DLA PACJENTA)

Imię i nazwisko	Płeć	K	M	Zawód wyuczony / zawód wykonywany
	Pesel			

Numer telefonu domowego / komórkowego	Numer telefonu do pracy
---------------------------------------	-------------------------

Dotychczasowe zatrudnienie / dotychczasowa praktyczna nauka zawodu, studia lub studia doktoranckie				
Nazwa i adres zakładu pracy / placówki dydaktycznej	Stanowisko pracy / nauki	Okres zatrudnienia / nauki	Czynniki szkodliwe / uciążliwe	Okres zatrudnienia / nauki w narażeniu

Czy w przebiegu pracy zawodowej:	NIE	TAK		Wzrost	
Stwierdzono chorobę zawodową?			Jaką? Nr z wykazu chorób zawodowych /uzupełnia lekarz/	Waga	
Lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?			Kiedy? Z jakiego powodu?		
Uległ Pan/i wypadkowi w pracy?			Kiedy? Skutki wypadku	Adres lekarza rodzinnego	
Przyznano Panu/i świadczenia rentowe?			Kiedy? Z jakiego powodu? choroby zawodowej (z), wypadku w pracy (w), ogólnego stanu zdrowia (o)		
Orzeciono stopień niepełnosprawności?			Kiedy? Stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności)		

Skargi badanego (czy coś obecnie Pani/u dolega?)	co?
--	-----

Informacja o stanie zdrowia - proszę zaznaczyć przebyte choroby	TAK	NIE	Opis		
Urazy czaszki					
Urazy układu ruchu					
Omdlenia					
Padaczka					
Inne choroby układu nerwowego					
Choroby psychiczne					
Cukrzyca					
Choroby narządu słuchu / głosu					
Choroby narządu wzroku					
Choroby układu krwiotwórczego					
Choroby układu krążenia					
Choroby układu oddechowego					
Choroby układu pokarmowego					
Choroby układu moczowo-płciowego					
Choroby układu ruchu					
Choroby skóry / uczulenia					
Choroby zakaźne / pasożytnicze					
Wywiad ginekologiczny – położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)					
Wywiad rodzinny (czy w rodzinie występowały choroby takie jak: astma, cukrzyca, choroby psychiczne, serca, nadciśnienie, nowotwory?)				Jakie?	
Inne problemy zdrowotne?				Jakie?	
Palenie tytoniu			Obecnie: ile sztuk dziennie? W przeszłości: ile lat?		
Inne używki					
Osobista ocena stanu zdrowia - zaznacz	Bardzo dobre	Dobre	Raczej dobre	Raczej słabe	Słabe

	TAK	NIE	Opis - uwagi
Czy przebył/a Pan/i zabiegi operacyjne? Jakie? Kiedy?			
Czy jest Pan/i pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?			
Czy przyjmuje Pan/i leki? -Jakie?			

Oświadczam, że zrozumiałem (-am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem (-am) na nie zgodnie z prawdą.

.....
data i podpis badanego

.....
podpis i pieczęćka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe