

Nazwisko i imię			
PESEL (wiek)			
Adres			
Nr telefonu			
	komórkowy	domowy	praca

Proszę dokładnie przeczytać ankietę i odpowiedzieć na zawarte w niej pytania.

1. Czy choruje Pan(i) lub chorował(a) na serce i/lub nadciśnienie tętnicze? tak nie

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> zawał serca (data _____) | <input type="checkbox"/> wada zastawki | <input type="checkbox"/> operacja serca lub naczyń wieńcowych („bypass”), zabieg „balonikowania”, założenie stentów |
| <input type="checkbox"/> pieczenie, ból za mostkiem | <input type="checkbox"/> wysokie ciśnienie tętnicze | <input type="checkbox"/> stymulator serca („rozrusznik”) |
| <input type="checkbox"/> choroba niedokrwienna serca | <input type="checkbox"/> wysoki poziom cholesterolu | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |
| <input type="checkbox"/> nierówne lub szybkie bicie serca | <input type="checkbox"/> obrzęki wokół kostek | |
| <input type="checkbox"/> szmer serca | <input type="checkbox"/> oddawanie moczu w nocy | |

2. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby oskrzeli, płuc lub inne problemy z oddychaniem? tak nie

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> astma oskrzelowa | <input type="checkbox"/> rozedma | <input type="checkbox"/> zapalenie płuc (ostatnie 2 miesiące) |
| <input type="checkbox"/> przewlekłe zapalenie oskrzeli | <input type="checkbox"/> gruźlica | <input type="checkbox"/> duszność przy położeniu się na plecach |
| <input type="checkbox"/> przewlekły kaszel | <input type="checkbox"/> przeziębienie, infekcja dróg oddechowych (ostatnie 2 tygodnie) | _____ |
| <input type="checkbox"/> z odkaszuszaniem wydzieliny | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ | _____ | _____ |

3. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś problemy z żołądkiem lub wątrobą? tak nie

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> choroba wrzodowa | <input type="checkbox"/> zapalenie wątroby/żółtaczkawirusowe typu A B C /toksyczne | <input type="checkbox"/> stłuszczenie wątroby |
| <input type="checkbox"/> zapalenie żołądka | <input type="checkbox"/> żółtaczkamechaniczna/zastój żółci | <input type="checkbox"/> marskość wątroby |
| <input type="checkbox"/> refluks żołądkowo-przełykowy | | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |

4. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś problemy z układem moczowym (nerki, pęcherz) lub gruczołem krokowym? tak nie

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> zapalenie nerek | <input type="checkbox"/> częste infekcje | <input type="checkbox"/> trudności w oddawaniu moczu |
| <input type="checkbox"/> kamica nerkowa L P | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ | _____ |

5. Czy ma Pan(i) lub miał(a) cukrzycę, dnę moczanową lub jakieś choroby tarczycy? tak nie

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> cukrzyca typu 1 2 | <input type="checkbox"/> guzki/powiększenie tarczycy | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |
| <input type="checkbox"/> leczenie insuliną | <input type="checkbox"/> niedoczynność tarczycy | _____ |
| <input type="checkbox"/> dna moczanowa | <input type="checkbox"/> nadczynność tarczycy | _____ |

6. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby układu nerwowego (mózgu, nerwów), mięśni, kręgosłupa lub stawów? tak nie

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> udar lub inne niedokrwienie | <input type="checkbox"/> osłabienie mięśni (miastenia) | <input type="checkbox"/> dolegliwości kręgosłupa szyjny piersiowy lędźwiowy |
| <input type="checkbox"/> porażenie lub niedowład | <input type="checkbox"/> osłabienie lub drętwienie rąk/nóg | |
| <input type="checkbox"/> drgawki lub padaczka | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ | _____ |

7. Czy ma Pan(i) lub miał(a) jakieś choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia? tak nie

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> podskórne wylewy krwi przy małych urazach | <input type="checkbox"/> zakrzepica żylna |
| <input type="checkbox"/> skłonność do krwawień | | <input type="checkbox"/> inne (opisz) _____ |

