



Ankieta dla pacjenta

(proszę o wypełnienie i odesłanie na adres szpitala.)

Imię i nazwisko:..... **wiek:**.....

1. Schorzenie (choroba), z powodu którego Pan(i) chce skorzystać z leczenia rehabilitacyjnego.....

2. Choroby towarzyszące:

- a) nadciśnienie tętnicze Tak/ Nie
- b) serca:
 - wada serca, Tak / Nie
 - zawał serca, Tak / Nie
 - zaburzenia rytmu Tak / Nie
- c) cukrzyca Tak/ Nie
- d) udar mózgu Tak/ Nie
- e) padaczka Tak/ Nie
- f) choroby naczyń (żylaki, miażdżycy) Tak/ Nie
- g) choroby psychiczne (depresje, nerwice) Tak/ Nie
- h) choroby nowotworowe Tak/ Nie
- i) astma oskrzelowa Tak/ Nie
- j) POCHP (Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc) Tak/ Nie

3. Jak i kiedy przebył(a) Pan(i) zabiegi operacyjne?.....
.....

4. Czy posiada Pan(i) pomoce ortopedyczne (wózek inwalidzki, balkonik, kule, laski, protezy, ortezy)?.....
.....

5. Czy Pan(i) chodzi samodzielnie? Tak/ Nie

6. Czy wymaga Pan(i) pomocy przy:

- toalecie Tak/ Nie
- ubieraniu Tak/ Nie
- spożywaniu posiłków Tak/ Nie

7. Proszę podać nazwy i dawki stosowanych obecnie leków:

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

.....
/podpis pacjenta/