

Imię i Nazwisko

Adres

Adres

Telefon

PROSZĘ O ZAKREŚLENIE WŁAŚCIWEJ  
ODPOWIEDZI, WPISANE INFORMACJI  
DRUKOWANYMI LITERAMI LUB  
ODPOWIEDNIE PODKREŚLENIE

Waga

Wzrost

● Jaki wykonuje Pani/Pan  
zawód?

● Czy znajdował(a) się  
Pani/Pan ostatnio pod  
opieką lekarską z powodu  
przewlekłej choroby?

TAK

NIE

● Czy jest Pani w ciąży?

TAK

NIE

● Proszę podać datę ostatniej  
miesiączki:

● Czy przyjmuje Pani/Pan na stałe  
jakieś leki?

Jakie?:

● Jakie operacje przebył(a) Pan/Pani dotychczas (np: “woreczek 1978”, “zabieg ginekologiczny 1988”)

Jakie?:

---

---

● Czy w związku z zabiegiem wydarzyło się coś szczególnego?  
TAK NIE

Co?

---

Czy jest Pani/Panu WIADOMO, że chorował(a) lub choruje Pan/Pan na którąś z podanych poniżej schorzeń:

● Czy są dolegliwości ze strony nosa?  
TAK NIE

● Czy był uraz nosa z krwawieniem?  
TAK NIE

● Czy występuje utrudnione oddychanie przez nos?  
TAK NIE

● Czy występuje utrzymujący się lub często nawracający katar (powyżej 3x w roku)?  
TAK NIE

● Czy występuje sływanie wydzieliny z nosa do gardła?  
TAK NIE

● Czy występuje uczucie suchości w nosie?  
TAK NIE

● Czy występuje częste kichanie?  
TAK NIE

● Czy występuje krwawienie z nosa?  
TAK NIE

● Czy występuje zaburzenie węchu?  
TAK NIE

● Czy którakolwiek z wymienionych powyżej dolegliwości występuje sezonowo?  
TAK NIE

● Czy występują zapalenia zatok?  
TAK NIE

● Czy występują zapalenia gardła?  
TAK NIE

● Czy były zapalenia płuc?  
TAK NIE

● Czy występują dolegliwości uszu?  
TAK NIE

● Czy występuje ból uszu?  
TAK NIE

● Czy występuje zapalenie uszu?  
TAK NIE

● Czy występuje swędzenie uszu?  
TAK NIE

● Czy występuje przytykanie (ucisk) w uszach?  
TAK NIE

● Czy występuje osłabienie słuchu?  
TAK NIE

● Czy występują szумы w uszach?  
TAK NIE

● Czy choruje Pani/Pan na choroby gardła?  
TAK NIE

● Czy występują bóle gardła?  
TAK NIE

● Czy występuje suchość gardła?  
TAK NIE

● Czy występuje nieprzyjemny zapach z ust?  
TAK NIE

● Czy występuje stałe odchrząkiwanie?  
TAK NIE

● Czy pali Pani/Pan regularnie?  
TAK NIE

● Czy pije Pani/Pan regularnie alkohol?  
TAK NIE

● Czy choruje Pani/Pan na inną nie wymienioną powyżej chorobę?

---

---

● Czy Pan/Pani chrapie?  
TAK NIE

● Czy w czasie snu występują bezdechy?  
TAK NIE

● Czy Pan/Pani budzi się w nocy?  
TAK NIE

● Czy Pan/Pani budzi się z wyschniętymi ustami/ językiem?  
TAK NIE

● Czy występują rano po przebudzeniu bóle głowy?  
TAK NIE

● Czy występowały choroby błędniaka?  
TAK NIE

● Czy występują zawroty głowy?  
TAK NIE

● Czy występują zaburzenia równowagi?  
TAK NIE

Data

Podpis