

Imię i nazwisko osoby badanej: .....

## BADANIE PODMIOTOWE

Skargi badanego(ej): .....

	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 ginekologiczno-położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)			
Wywiad rodzinny*			
Inne problemy zdrowotne			
Palenie tytoniu			W przeszłości: Obecnie:
Inne używki			

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Bardzo dobre		Dobre		Raczej dobre		Raczej słabe		Słabe
---------------------------------	--------------	--	-------	--	--------------	--	--------------	--	-------

	Tak	Nie	Opis - uwagi
Czy badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(e) Jakie? Kiedy?			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?			
Czy badany(a) przyjmuje leki? Jakie?			

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

.....  
podpis badanego

.....  
podpis i pieczęć osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe

Upoważniam / nie upoważniam	Upoważniam / nie upoważniam
..... imię, nazwisko, dane kontaktowe	..... imię, nazwisko
..... do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych	..... do uzyskiwania dokumentacji
..... podpis badanego	..... podpis badanego

\* W szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy choroby psychicznej, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów.