

ANKIETA

NAZWISKO I IMIĘ.....

Adres.....

Telefon kontaktowy.....Adres mailowy.....

Data urodzenia.....Wzrost.....Masa ciała.....

Ciśnienie krwi.....Tętno.....

WYWIAD WSTĘPNY:

1. Choroby przebyte i współistniejące (proszę wymienić)

.....
.....

niewydolność serca TAK/NIE

utrwalone migotanie przedsionków na lekach antykoagulacyjnych TAK/NIE

przyjmowanie leków rozrzedzających krew TAK/NIE

przebyte w ostatnim 1 roku zawał serca lub zabieg na naczyniach wieńcowych TAK/NIE

stan po operacji bypassów serca TAK/NIE

2. jeśli choruje Pani/Pan na poniżej wymienione choroby konieczna jest dodatkowa konsultacja

a/ kardiologiczna

czy choruje na choroby serca, wieńcową, wadę serca, niewyrównane nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu
TAK/NIE

b/ internistyczna lub specjalistyczna

czy choruje na nadczynność lub niedoczynność tarczycy, choroby wątroby, choroby nerek, płuc, cukrzycę, choroby
neurologiczne, ch.psychiczne, zaburzenia krzepnięcia, alergie i uczulenia TAK/NIE

3. Przebyte operacje (wymienić wraz z datą).....

4. Szczepienie przeciw żółtaczce TAK/NIE

5. Przyjmowane leki (proszę zaznaczyć):

nasercowe, nitrogliceryna, sterydy....., przeciwkrzepliwe.....,
pochodne kwasu acetylosalicylowego....., nasenne.....,
przeciwbólowe....., uspokajające....., przeciwbólowe.....,
inne.....

UŻYWKI: alkohol, nikotyna,

Podpis Pacjenta:.....