

Liebe Patientin! Lieber Patient!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und genau aus und bringen Sie ihn zu Ihrem ersten Termin mit.

Szanowna Pacjentko! Szanowny Pacjencie!

Prosimy wypełnić ten kwestionariusz dokładnie i w całości oraz przynieść go na pierwszą wizytę.

Proszę podkreślić odpowiedź: Ja = Tak, nein = Nie.

1. Hatten Sie außer an Blinddarm und Mandeln eine Operation? ja nein

Welche und wann?

Czy poza operacją wyrostka robaczkowego i migdałków miał(a) Pan/Pani inną operację? Jaką i kiedy?

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

2. Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung? Ja nein

Welche und wann oder seit wann?

Czy chorował(a) lub choruje Pan/Pani na nowotwór? Jaki i kiedy lub od kiedy?

.....
.....

3. Hatten Sie einen Herzinfarkt? ja nein

Wann?

Czy miał(a) Pan/Pani zawał serca? Kiedy?

.....

4. Hatten Sie einen Schlaganfall? Ja nein

Wann?

Czy miał(a) Pan/Pani udar mózgu? Kiedy?

.....

5. Hatten Sie eine Thrombose oder einen Lungeninfarkt? Ja nein

Welches und wann?

Czy miał(a) Pan/Pani zakrzepicę lub zawał płuca? Co dokładnie i kiedy?

.....

6. Leiden Sie unter erhöhtem Blutdruck? Ja nein

Seit wann?

Czy cierpi Pan/Pani na podwyższone ciśnienie krwi? Od kiedy?

.....

7. Sind Sie zuckerkrank? Ja nein

Seit wann?

Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę? Od kiedy?

.....

8. Leiden Sie unter Asthma? Ja nein

Seit wann?

Czy cierpi Pan/Pani na astmę? Od kiedy?

.....

9. Leiden Sie an einer chronischen oder angeborenen Erkrankung? Ja nein
z.B. Herz-, Leber-, Magen-, Darm-, Nieren- Hauterkrankung,
Blutungskrankheit, chronische Polyarthritis, seelische Erkrankung
Welche und seit wann?

Czy cierpi Pan/Pani na chorobę przewlekłą lub wrodzoną?

Np. choroby serca, wątroby, żołądka, jelit, nerek lub skóry,
choroba krwotoczna, przewlekłe zapalenie wielostawowe, choroba psychiczna.
Jaka i od kiedy?

.....

.....

.....

10. Haben Sie Metallteile im Körper? ja nein
z.B. Klammern nach Gallen- oder Herz-OP, künstliche Gelenke,
Nägel oder Schrauben nach Knochenbruch, Metallsplitter, Spirale,
Zahnimplantate
Welche und wo?

Czy ma Pan/Pani metalowe elementy w ciele? Np. klipsy po operacji pęcherzyka żółciowego lub serca, sztuczne stawy, gwoździe lub śruby po złamaniu kości, odłamki metalu, wkładkę domaciczną, implanty zębowe. Jakie i gdzie?

.....

.....

11. Haben Sie einen Herzschrittmacher oder ein anderes eingesetztes elektronisches Gerät (Defibrillator, Nervenstimulator, Tiefenhirnstimulation) ja nein
Welches? Seit wann?

Czy ma Pan/Pani rozrusznik serca lub inne wszczepione urządzenie elektroniczne? (Defibrylator, stymulator nerwów, głęboka stymulacja mózgu)

Jakie? Od kiedy?

.....

12. Nehmen Sie ständig oder vorübergehend Medikamente (auch Spritzen und Infusionen)? ja nein
Welche?

Czy stale lub czasowo przyjmuje Pan/Pani leki (także zastrzyki i wlewy)? Jakież?

.....

.....

.....

13. Nehmen Sie gerinnungshemmende (blutverdünnende) Medikamente? Ja nein
z.B. Marcoumar, Sintrom, Plavix, Xarelto, Eliquis, Pradaxa oder Spritzen?
Welches?

Czy przyjmuje Pan/Pani leki przeciwkrzepliwe (rozrzedzające krew)?

Np. Marcoumar, Sintrom, Plavix, Xarelto, Eliquis, Pradaxa lub zastrzyki?
Jakie?

.....

14. Leiden oder litten Sie an einer Infektionskrankheit wie Hepatits B, C, Tuberkulose, HIV, MRSA? Ja nein
Welche und wann/seit wann?

Czy choruje lub chorował(a) Pan/Pani na chorobę zakaźną, np. WZW B, C, gruźlicę, HIV, MRSA? Jaką i kiedy/od kiedy?

.....

15. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Neigen Sie zu Ausschlägen? Ja nein
Welche?

Czy ma Pan/Pani znane alergię? Czy ma Pan/Pani skłonność do wysypek? Jakie?

.....

16. Hatten Sie jemals Epilepsie (Krampfanfälle?) ja nein
Seit wann? Wann zuletzt?

Czy kiedykolwiek chorował(a) Pan/Pani na padaczkę (napady drgawkowe)?
Od kiedy? Kiedy ostatnio?

.....

17. Haben Sie jemals eine Physikalische Therapie schlecht vertragen? Ja nein
Welche?

Czy kiedykolwiek źle tolerował(a) Pan/Pani fizjoterapię lub miał(a) po niej problemy?
Jaką?

.....

18. Für Frauen: Sind Sie schwanger? Ja nein
Für Männer: Sind Sie schwanger? Ja nein
Dla kobiet: Czy jest Pani w ciąży?

19. Ist bei Ihnen Osteoporose bekannt? Ja nein
Nehmen Sie Medikamente dafür und welche?

Czy stwierdzono u Pana/Pani osteoporozę?
Czy przyjmuje Pan/Pani na nią leki i jakie?

.....

20. Hatten Sie Knochenbrüche? Ja nein
Welche und wann?

Czy miał(a) Pan/Pani złamania kości? Jakie, kiedy i gdzie?

.....

21. Leiden Sie unter Krampfadern? Ja nein
Czy cierpi Pan/Pani na żylaki?

NameGeburtsdatum.....

Imię i nazwisko Data urodzenia

Datum.....Unterschrift.....

Data Podpis