

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   |     |     |                |          |

|  |              |  |       |  |              |  |              |  |       |  |
|--|--------------|--|-------|--|--------------|--|--------------|--|-------|--|
| <b>Subiektywna ocena stanu zdrowia</b> | Bardzo dobre |  | Dobre |  | Raczej dobre |  | Raczej słabe |  | Słabe |  |
|--|--------------|--|-------|--|--------------|--|--------------|--|-------|--|

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

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

.....  
(podpis badanego)

.....  
(podpis i pieczętka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe)

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

**ANKIETA DLA PACJENTÓW W ZWIĄZKU ZE STANEM EPIDEMIOLOGICZNYM  
ZAKAŻEŃ KORONAWIRUSEM SARS-COV-2**

**Dane osobowe:**

Imię i nazwisko.....

PESEL .....

Adres zamieszkania / pobytu .....

Telefon kontaktowy pacjenta.....

Czy miał/a Pani/Pan kontakt w ciągu 14 dni z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 ?

**TAK / NIE**

Czy obecnie jest Pani/Pan objęta/ty nadzorem epidemiologicznym lub kwarantanną?

**TAK / NIE**

Czy w **ciągu ostatnich 24 godzin** występowały następujące objawy:

|   | <b>NIE</b> | <b>TAK</b> | Jeśli TAK – od kiedy początek (data) |
|---|------------|------------|--------------------------------------|
| Objawy przeziębieniowe (katar, drapanie w gardle) |            |            |                                      |
| Temperatura powyżej 37, 5 st. C                   |            |            |                                      |
| Kaszel  |            |            |                                      |
| Duszność  |            |            |                                      |
| inne  |            |            |                                      |

Ciepłota ciała w dniu badania ..... st. C

Data i podpis pacjenta/ opiekuna prawnego\*

.....

\* jeżeli dotyczy