

.....
Imię Nazwisko numer dowodu tożsamości
w przypadku dzieci wpisać również dane rodzica
(Ім'я, прізвище, номер документу, що посвідчує особу,
Якщо пацієнт – дитина, впишіть також дані одного з батьків)

.....
data i godzina
(дата і година)

Czy występuje u Pana/Pani? (Чи хворієте Ви на...?)	Tak (Так)	Nie (Ні)	Opis szczegółowy (Докладний опис)
Aktualne dolegliwości (Теперішні симптоми, недуги)			Jakie ? (Які?)
Wzrost , Waga (Зріст, вага)			
Choroby układu nerwowego, udar, TIA, padaczka , zawroty głowy? (Хвороби нервової системи: інсульт, мікроінсульт (транзиторна ішемічна атака, TIA) епілепсія, запаморочення тощо?)			
Choroby układu krążenia , zawał, nadciśnienie tętnicze , miażdżycy , choroba niedokrwienne, arytmie ? (Хвороби серцево- судинної системи: інфаркт, гіпертонія (підвищений тиск), атеросклероз, ішемічна хвороба серця, аритмії тощо?)			
Choroby układu oddechowego Astma, POChP? (Хвороби дихальної системи: астма, ХОЗЛ (хронічне обструкційне захворювання легень) тощо?)			
Choroby układu hormonalnego , tarczycy, inne ?			

<i>(Хвороби ендокринної системи: хвороби щитовидної залози, наднирників тощо?)</i>			
Choroby metaboliczne , cukrzycy? <i>(Хвороби пов'язані з метаболізмом: цукровий діабет тощо?)</i>			
Choroby układu kostno stawowego, rzs ? <i>(Хвороби кістково-суглобної системи: ревматоїдний артрит тощо?)</i>			
Choroby psychiczne, schizofrenia, depresja, myśli/tendencje samobójcze ? <i>(Психічні хвороби: шизофренія, депресія, думки/тенденції до самогубства, тощо?)</i>			Jeśli tak to kiedy i czy leczone? <i>(Якщо так, то коли і чи пройшли курс лікування?)</i>
Choroby zakaźne odra krztusiec polio gruźlica COVID/koronawirus Inne <i>(Інфекційні хвороби: кір, коклюш (кашлюк), поліомієліт, КОВІД, тощо?)</i>			Jakie ? <i>(Які?)</i>
Nałogi (papierosy, alkohol, substancje psychoaktywne) ? <i>(Залежності: тютюнопаління, алкоголь, психоактивні речовини, наркотики?)</i>			
Urazy , szczególnie w obrębie kręgosłupa i dróg oddechowych? <i>(Травми, особливо хребта і дихальних шляхів?)</i>			

Przyjmowane na stałą leki, dawki <i>(Ліки, які ви приймаєте щодня, дози?)</i>			(nazwa/substancja, w jakiej dawce, ile razy dziennie) <i>(назва ліків/ речовини, яке дозування, скільки разів на день?)</i>
Alergie na leki , jodynę <i>(Алергії на ліки, йод?)</i>			Na co ? <i>(На що конкретно?)</i>
Przebyte zabiegi ? <i>(Чи були в Вашому житті операції?)</i>			Jakie? <i>(Які?)</i>
Przebyte znieczulenia , powikłania ? Problemy z intubacją ? <i>(Чи були в Вашому житті znieczulenia (anestezii)? Чи тоді були якісь ускладнення? Проблеми з інтубацією?)</i>			
Ostatni posiłek , kiedy? <i>(Коли був останній прийом їжі, пиття?)</i>			
Kontakt z chorobami zakaźnymi w ostatnich 2 tygodniach ? Gruźlica, Polio, C-19 ? <i>(Чи Ви були в kontakcie z хворими на інфекційні хвороби на протязі останніх 2-х тижнів? Наприклад, з хворими на туберкульоз, поліомієліт, КОВІД-19?)</i>			
Kaszel , katar, gorączka, biegunka, bóle mięśni? <i>(Чи у Вас тепер є кашель, нежить, пронос, біль у м'язах?)</i>			
Szczepienia WZW B (ile dawek) , C-19, gruźlica ? <i>(Чи Ви щеплені проти вірусного гепатиту Б (якщо так, то скількима дозами?), проти КОВІД-19, туберкульозу, тощо?)</i>			

Protezy zębowe, ruchome zęby ? <i>(Чи є у Вас зубні протези, рухомі (нестабільні) зуби?)</i>			
Kolczyki, protezy, implanty ? <i>(Сережки (особливо ті, що не можна зняти), протези, імпланти?)</i>			
Osoba bliska uprawniona do kontaktu <i>(Дані близької особи до контакту)</i>			
Dzieci i ciężarne (Діти і вагітні)			
Jak dziecko jest karmione ? <i>(Який спосіб вигодовування дитини?)</i>			
Kiedy dziecko przyjęło ostatni posiłek <i>(Коли був останній прийом їжі дитини, пиття?)</i>			
Czy dziecko rozwija się prawidłowo ? <i>(Чи дитина правильно росте і розвивається?)</i>			
Która ciąża który poród? <i>(Котра у Вас вагітність, котрі пологи? (кількість))</i>			
Powikłania przy poprzednich porodach ? <i>(Чи були ускладнення при попередніх пологах?)</i>			
Który tydzień? <i>(Котрий тиждень вагітності?)</i>			
Czy płód rozwija się prawidłowo ? <i>(Чи плід правильно розвивається?)</i>			

Data ostatniego badania (Дата останнього обстеження у гінеколога?)			
Co ile występują skurcze i ile trwają ? Czy nastąpiło pęknięcie worka owodniowego “odejście wód”? (Який інтервал між переймами (схватками) і скільки часу вони тривають? Чи відійшли води?)			

.....

Podpis pacjenta

Підпис пацієнта

.....

Podpis i pieczęć badającego