

**ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA KWALIFIKUJĄCA DO ZABIEGU OPERACYJNEGO W MEDI HORIZON CLINIC Sp. z o.o.
ANESTHESIA QUESTIONNAIRE QUALIFYING FOR SURGERY AT MEDI HORIZON CLINIC Sp. z o.o.**

Imię i nazwisko/ Name: _____ Data urodzenia/ Date of birth: _____ Płeć/Gender: _____

Pesel/ID Card: _____ E-mail: _____ Tel: _____

Kraj pochodzenia/Country of origin: _____ Wzrost (cm)/ Height (cm): _____ Waga (kg)/ Weight (kg): _____

WYWIAD LEKARSKI						
		TAK / YES	NIE / NO	Jeśli TAK, proszę opisać / If YES – please specify		
1.	Uraz czaszki / Cranial injury					
2.	Omdlenia / Faintness					
3.	Padaczka / Epilepsy					
4.	Inne choroby układu nerwowego/ Diseases of the nervous system					
5.	Choroby psychiczne / Mental health problems					
6.	Cukrzyca / Diabetes					
7.	Choroby narządu słuchu / Ear diseases					
8.	Choroby narządu wzroku / Eye diseases					
9.	Choroby układu krwionośnego, krwiotwórczego, krążenia / Cardiovascular, hematologic or circulatory disease					
10.	Choroby układu oddechowego / Respiratory diseases					
11.	Choroby układu pokarmowego / Diseases of the digestive system					
12.	Choroby układu moczowego / Urinary system diseases					
13.	Choroby układu ruchu / Musculoskeletal system diseases					
14.	Uczulenia / Allergies					
15.	Inne problemy zdrowotne / Other health problems					
16.	Palenie tytoniu / Smoking			Ile sztuk dziennie? How many per day?	Ile lat? For how many years?	
Subiektywna ocena stanu zdrowia Subjective health assessment		Dobre Good	Raczej dobre Rather good	Raczej słabe Rather weak	Bardzo słabe Very weak	Inna ocena Other

--	--	--	--	--	--

	TAK / YES	NIE / NO	Proszę opisać / Please specify
Czy możesz wejść bez odpoczynku na II piętro, podbiec do autobusu? Can you easily climb the stairs to the second floor or run to the bus?			
Czy miałeś zabiegi operacyjne? Jakie? Kiedy? Have you ever had surgery? What kind? When?			
Czy wystąpiły powikłania związane z operacją lub znieczuleniem? Were there any complications connected to the surgery or anesthesia?			
Czy jesteś pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej? Are you under care of any specialist clinic? What kind?			
Czy byłeś/aś szczepiony/a przeciwko WZW typu B Were you vaccinated against hepatitis? (type B jaundice)			
Czy przyjmujesz leki? Jakie? Do you take any medications?			
Czy byłeś kiedyś hospitalizowany? Have you ever stayed in a hospital?			
Czy byłaś w ciąży? Have you ever been pregnant?			
Czy przyjmujesz leki hormonalne? Do you take any hormonal medications?			
Data ostatniej miesiączki Date of last menstrual period			
Termin ostatniej wizyty u ginekologa Date of last visit to the gynecologist			

Proszę opisać problem / Please describe your problem _____

Jak długo odczuwa Pan/ Pani ból? How long do you suffer?	
Jakie są objawy? What are the symptoms?	
Jaki to rodzaj bólu? What kind of pain you feel?	
Jeśli byłeś zdiagnozowany – jaka choroba została rozpoznana i jaki plan leczenia został zaproponowany? Have you ever been diagnosed by a doctor? If so – what was the diagnosis and what kind of treatment your doctor proposed?	

Dziękujemy. Prosimy o wysłanie ankiety na adres mailowy: pacjent@medihorizon.pl

W razie jakichkolwiek pytań, jesteśmy do Państwa dyspozycji.

Serdecznie pozdrawiamy, Medi Horizon Clinic.

Thank you. Please send the survey to the following e-mail address: pacjent@medihorizon.pl
If you have any questions, we are at your disposal.
Best regards, Medi Horizon Clinic.