

## ANKIETA

Imię i Nazwisko.....

Wiek.....

Wzrost.....cm

Waga.....kg

l.p.	ANKIETA	Właściwe otoczyć obwódka		
		TAK	NIE	NIE WIEM
1	Czy leczy się Pan (i) ostatnio z powodu choroby? Jeśli tak - to jakiej? .....	TAK	NIE	NIE WIEM
2	Jakie leki Pan(i) obecnie przyjmuje? .....	TAK	NIE	NIE WIEM
3	Czy jest Pan(i) uczulony(a)(alergia) na leki? Jakie?..... Jeśli tak to jakie ma Pan(i) objawy alergii? np. wstrząs, świąd skóry, wysypka, pokrzywka, duszność katar Objawy:.....	TAK	NIE	NIE WIEM
4	Czy u Pan(i) wystąpił tocząc rumieniowaty układowy?	TAK	NIE	NIE WIEM
5	Czy choruje Pan(i) lub chorował(a) na wymienione poniżej?			
6	Reumatoidalne zapalenie stawów	TAK	NIE	NIE WIEM
7	Trwającą infekcją bakteryjną we krwi	TAK	NIE	NIE WIEM
8	Zaburzona czynność wątroby	TAK	NIE	NIE WIEM
9	Astma	TAK	NIE	NIE WIEM
10	Alergia atopowa	TAK	NIE	NIE WIEM
11	Wypryski	TAK	NIE	NIE WIEM
12	Czy przechodził(a) Pan(i) zabiegi naruszające powłoki skórne? (biopsje, punkcje, akupunktura, szczepienia, operacje) Kiedy....., Gdzie.....	TAK	NIE	

**Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym**

Data.....

Podpis pacjenta.....

UWAGI

.....

Data, pieczęćka i podpis lekarza zlecającego