

Imię i nazwisko (Ім'я та прізвище): .....

Data urodzenia (Дата народження): ..... PESEL: .....

Adres zamieszkania

(Адреса місця проживання): .....

**INFORMACJE O STANIE ZDROWIA OSOBY BADANEJ**  
ІНФОРМАЦІЯ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я ДОСЛІДЖУВАНІЙ ЛЮДИНИ

Data .....  
дата

**BADANIE PODMIOTOWE (wywiad) ДОСЛІДЖЕННЯ СУБ'ЄКТИВНИХ (інтерв'ю)**

Skargi badanego (badanej): .....  
Скарги досліджуваної людини

	TAK TAK	NIE HE	Opis Опис			
Urazy czaszki i układu ruchu Травми черепа і опорно-рухового апарату						
Omdlenia Непритомність						
Padaczka Епілепсія						
Inne choroby układu nerwowego Інші захворювання нервової системи						
Choroby psychiczne Психічні захворювання						
Cukrzyca Цукровий діабет						
Choroby narządu słuchu i głosu Хвороби органа слуху та голосу						
Choroby narządu wzroku Захворювання органа зору						
Choroby układu krwiotwórczego Гематологічні захворювання						
Choroby układu krążenia Захворювання серцево-судинної системи						
Choroby układu oddechowego Захворювання дихальної системи						
Choroby układu pokarmowego Захворювання травної системи						
Choroby układu moczowo-płciowego Захворювання сечостатевої системи						
Choroby układu ruchu Захворювання опорно-рухового апарату						
Choroby skóry / uczulenia Захворювання шкіри / алергія						
Choroby zakaźne / choroby pasożytnicze Інфекційні захворювання / паразитарні захворювання						
Wywiad ginekologiczno-położniczy: Інтерв'ю акушерсько-акушерський	data ostatniej miesiączki: дата останньої менструації:		zaburzenia cyklu: tak / nie porody: Порушення циклу: так/не пологи: poronienia: leki hormonalne: викидня: гормональні препарати:			
Wywiad rodzinny: Інтерв'ю сімейний:	szczególnie astma, alergia, cukrzyca, choroba psychiczna, choroby serca, nadciśnienie tętnicze, nowotwory, inne зокрема, астма, алергія, цукровий діабет, психічні захворювання, хвороби серця, гіпертонія, рак, інші					
Inne problemy zdrowotne/ Інші проблеми зі здоров'ям						
Palenie tytoniu Куріння тютюну			W przeszłości: У минулому: Obecnie (ile sztuk dziennie?): В даний час (скільки штук в день?):			
Inne używki Інші шкідливі звички						
Subiektywna ocena stanu zdrowia Суб'єктивна оцінка стану здоров'я	Bardzo dobre Дуже хороші	Dobre Хороші	Raczej dobre Швидше, хороші	Raczej słabe Швидше слабкий	Słabe Слабкий	Inny opis: інший Опис
	TAK TAK	NIE HE	Opis – uwagi Опис – примітки			
Czy badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(е)? Jakieg? Kiedy? Якщо досліджувана людина пройшла операційні процедури? Які? Коли?						
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Чи під наглядом спеціалізовану клініку? Який?						
Czy badany(a) przyjmuje leki? Jakieg? Якщо досліджувана людина приймає ліки? Які?						

**Оświadczam, że zrozumiałem(am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie z prawdą.  
Я заявляю, що зрозумів (я зрозуміла) зміст запитань і відповів (я відповіла) на них у відповідності з істиною.**

.....  
Podpis badanego  
Підпис досліджуваної людини

.....  
Podpis i pieczętka badającego  
Підпис і штамп медичного