

Imię i Nazwisko .....

Data wywiadu.....

PESEL .....

**Wywiad Ogólny**

1. Informacja o poważnych przebytych chorobach TAK/NIE .....
  2. Informacja o chorobach przewlekłych TAK/NIE (jeżeli oznaczono „NIE” należy przejść do p. 3 wywiadu)
    - Stymulator serca TAK/NIE.....
    - Arytmie wymagające leczenia TAK/NIE.....
    - Wady serca TAK/NIE.....
    - Choroba wieńcowa TAK/NIE *leki*:.....
    - Przebyty zawał serca TAK/NIE *kiedy*:.....
    - Nadciśnienie tętnicze TAK/NIE *leki* :.....
    - Przebyte zapalenia żył, zakrzepy, zatory TAK/NIE .....
    - Choroby nowotworowe: TAK/NIE *jakie*:.....*rok zachorowania*.....
- INNE CHOROBY:**
- Padaczka TAK/NIE.....
  - Choroby tarczycy TAK/NIE.....
  - Cukrzyca TAK/NIE.....
  - Choroby nerek TAK/NIE.....
  - Nietrzymanie moczu TAK/NIE.....
  - Jaskra TAK/NIE.....
  - Choroby skóry TAK/NIE.....  
(np. rumień, infekcje bakteryjne, niezagojone rany, łuszczyca, żylakowe zmiany skórne)
  - Choroby pulmonologiczne (np. astma, POCHP)
  - Choroby psychiczne TAK/NIE (np. zaburzenia nerwicowe, lękowe, depresja).....

VERTE →

Data wydania druku: 23.01.2019 r.

3. Informacja o pobytach w szpitalach TAK/NIE.....
4. Informacja o zabiegach chirurgicznych TAK/NIE.....
5. Implanty metalowe TAK/NIE Jakże implanty.. ..  
Okolica ciała ich wszczępienia .....
6. Informacja o szczepieniach, surowicach TAK/NIE.....
7. Informacja o uczuleniach TAK/NIE.....
8. Informacja o obciążeniach dziedzicznych TAK/NIE.....
9. Informacje istotne (np. palenie papierosów, inne używki) TAK/NIE.....
10. Ciąża TAK/NIE.....
11. Orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności albo innych orzeczeniach traktowanych na równi z tym orzeczeniem .....

(dot. Pacjenta ze skierowaniem na zabiegi rehabilitacyjne  
w trybie ambulatoryjnym z innej placówki medycznej)

.....  
PODPIS PACJENTA / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGOPrzyjęto do wiadomości w dniu rozpoczęcia zabiegów:  
(data, pieczętka i podpis fizjoterapeuty).....  
( pieczętka, podpis Lekarza/Fizjoterapeuty