



Imie & Nazwisko: _____ Tel: _____

Data Urodzenia: _____ SSN: _____ Tel: _____

Adres: _____ Email: _____

Miasto: _____ Stan: _____ Zip: _____ Plec: Kobieta Mezczyzna

Opiekun: _____ Zawod: _____

W jaki sposob o nas wiesz? _____

Komu mozemy podziekowac za polecenie nas? _____

Stan Cywilny: Nieletni Wolny Zamezna/Zonaty Inny (Separacja, Rozwiedziony/a, Wdowiec/Wdowa)

Doktor Rodzinny: _____ Data ostatniej wizyty zdrowotnej: _____

PLEASE CHECK APPROPRIATE ANSWERS AND FILL IN BLANKS:

	Nie	Tak	Nie wiem		Nie	Tak	Nie wiem
Ogolnoustrojowe				Zoladkowo-jelitowy			
Goraczka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nadkwasota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nadwaga/niedowaga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Choroba Crohna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nowotwor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Moczowo-Plciowe			
Uszy, Nos, Usta, Gardlo				Ciaza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suchosc w ustach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Karmienie piersia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utrata sluchu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Choroba prostaty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problem z zatokami	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Miesniowo-Szkieletowe			
Neurologiczne				Reumatyzm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Padaczka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporoza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bole glowy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bole miesni/stawow	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migrena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Integracyjny			
Nowotwor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Polpasiec	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stwardnienie rozsiane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Opryszczka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatryczne				Pokrzywka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niepokoj/Depresja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Endocrinologiczne			
Inne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cukrzyca Typu 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uklad krzenia				Cukrzyca Typu 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Choroba serca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemy z tarczycza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nadcisnienie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Limfatyczne			
Wylew	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wysoki cholesterol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oddechowe				Anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Astma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alergiczne			
Bezdech senny	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alergia sezonowa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rozedma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zespol Sjogrena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zapalenie oskrzeli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Toczen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Prosze dodac choroby ktore nie byly powyzej wymienione i dopisac liste lekarstw, dawke i czestotliwosc uzywania:

Czy masz alergie na lekarstwa? Nie Tak Wytlumacz: _____

Czy jestes zarazony: Rzezaczka Zoltaczka HIV/AIDS Syfilis

[kontynuacja na drugiej stronie >](#)

HISTORIA OKULISTYCZNA: PROSZE ZAZNACZYĆ CEL WIZYTY

	Nie	Tak	Niewiem		Nie	Tak	Niewiem
Utrata widzenia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Suchosc oczu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niewyraźne widzenie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wydzielina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zmienione widzenie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Przekrwienie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utrata pola widzenia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Uczucie piasku	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Podwójne widzenie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Swedzenie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wrażliwość na światło	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pieczenie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ból oczu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Obce ciało	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zapalenie spojówek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lzawienie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeczmię/gradowka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jaskra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Błyski/Mroczki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zacma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Choroba siatkówki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leniwe oko	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uraz oczu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Proszę podać wyjaśnienie na zaznaczone powyżej objawy z listy leków/kropli:

HISTORIA RODZINNA

Występująca u rodziców, dziadków, rodzeństwa, potomstwa:

Choroby ogólne	Nie	Tak	Niewiem	Relacja	Choroby oczu	Nie	Tak	Niewiem	Relacja
Nowotwór	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Zacma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Cukrzyca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Degeneracja plamki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nadciśnienie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Jaskra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Choroba tarczycy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Zez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Atak serca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Leniwe oko	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Wylew	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Odklejenie siatkówki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

HISTORIA OSOBISTA (Te informacje są poufne)

Czy jeździsz samochodem? Nie Tak Jeżeli tak, czy masz problem z widzeniem podczas jazdy? Nie Tak

Jeżeli tak, proszę podać więcej informacji: _____

Czy pijesz alkohol? Nie Tak Jeżeli tak, jak często/ilosc _____

Czy zazywasz tyton? Nie Tak Jeżeli tak, jak często/ilosc _____

Czy zazywasz narkotyki? Nie Tak Jeżeli tak, jak często/ilosc _____

Czy pacjent ma upośledzenie umysłowe? _____

OKULARY / SZKŁA KONTAKTOWE

Czy nosisz okulary? Nie Tak Potrzebne do: Czytania Komputera Jazdy

Czy nosisz kontakty? Nie Tak Potrzebne do: Czytania Komputera Jazdy Czy są wygodne? Nie Tak

Typ kontaktów: Miękkie Twarde Nazwa Jak często wymieniasz kontakty? _____

Ile godzin dziennie nosisz kontakty? _____