

Dear Madam/Sir,

In order to find out more about your health status we would like to kindly ask you to fill in the present form and send it back to us by e-mail to: international@carolina.pl

Name (Imię)..... Surname (Nazwisko).....

Date of birth (Data urodzenia)

Telephone number.:

E-mail address:

Address (optional):

Sex (Płeć): ☐ Male (Mężczyzna) ☐ Female (Kobieta)

Height in cm (Wzrost) Weight in kg (Waga)

Please describe your problem

.....
.....

	Have you ever suffered from: Czy kiedykolwiek chorowałeś na:	YES TAK	NO NIE	Please describe: Proszę opisać:
1	cranial injury <i>uraz czaszki</i>	Y	N	
2	faintness <i>omdlenia</i>	Y	N	
3	epilepsy <i>padaczka</i>	Y	N	
4	other diseases of the nervous system <i>inne choroby układu nerwowego</i>	Y	N	
5	mental health problems <i>choroby psychiczne</i>	Y	N	
6	diabetes <i>cukrzyca</i>	Y	N	
7	ear diseases <i>choroby narządu słuchu</i>	Y	N	
8	eye diseases <i>choroby narządu wzroku</i>	Y	N	
9	cardiovascular disease	Y	N	

I hereby consent to my personal data being processed by Sport Medica S.A. for the purpose of presenting initial treatment offer. I declare that I am sending my data with full awareness and at my own risk.

Initial Interview



	<i>choroby układu krwionośnego</i>			
10	hematologic diseases <i>choroby układu krwiotwórczego</i>	Y	N	
11	circulatory system diseases <i>choroby układu krążenia</i>	Y	N	
12	respiratory diseases <i>choroby układu oddechowego</i>	Y	N	
13	diseases of the digestive system <i>choroby układu pokarmowego</i>	Y	N	
14	urinary tract diseases <i>choroby układu moczowego</i>	Y	N	
15	musculoskeletal system diseases <i>choroby układu ruchu</i>	Y	N	
16	allergies (allergic rhinitis, allergies to drugs, foods, chemicals, pollen etc.) <i>alergie – jakie?</i>	Y	N	
17	other health problems <i>inne problemy zdrowotne</i>	Y	N	
18	Do you smoke? <i>Czy palisz papierosy?</i>	Y	N	For how many years? <i>Ile lat?</i> How many cigarettes per day? <i>Ile papierosów dziennie?</i>
19	How would you rate your health condition? <i>Jak oceniasz swój stan zdrowia?</i>	☐ Good - <i>Dobry</i> ☐ Rather good – <i>Raczej dobry</i> ☐ Relatively weak - <i>Zły</i> ☐ Very weak – <i>Bardzo zły</i> ☐ Other – <i>Inne</i>		
PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS: PROSZĘ ODPOWIEDZIEĆ NA PONIŻSZE PYTANIA:				
		YES TAK	NO NIE	Please comment: Komentarz:
	Do you play any kind of sports professionally or amateurishly? What kind? <i>Czy uprawiasz sport zawodowo lub amatorsko? Jaki rodzaj?</i>	Y	N	
	Can you easily climb the stairs to the second floor or run to the bus? <i>Czy możesz wejść bez odpoczynku na II piętro, podbiec do autobusu?</i>	Y	N	

I hereby consent to my personal data being processed by Sport Medica S.A. for the purpose of presenting initial treatment offer. I declare that I am sending my data with full awareness and at my own risk.

Initial Interview



Have you ever had any operation? What kind? When? <i>Czy przeżyłeś zabiegi operacyjne? Jakie? Kiedy?</i>	Y	N	
Were there any complications associated with surgery or anesthesia? <i>Czy wystąpiły powikłania związane z operacją? Znieczuleniem?</i>	Y	N	
Are you under the care of a specialist clinic? What kind? <i>Czy jesteś pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?</i>	Y	N	
Have you been vaccinated against hepatitis? (type B jaundice) <i>Czy byłeś szczepiony przeciwko WZW typu B?</i>	Y	N	
Do you take any medications? Please specify. <i>Czy przyjmujesz leki? Jakiej?</i>	Y	N	
Have you ever been hospitalized? Please specify. <i>Czy byłeś kiedykolwiek hospitalizowany?</i>	Y	N	
Do you take any hormonal medications? (i.e. contraceptives) <i>Czy przyjmujesz leki hormonalne?</i>	Y	N	
Question to women: have you ever been pregnant? How many times? Pytanie do kobiet: Czy byłaś w ciąży?	Y	N	
What do you expect after the operation? <i>Czego oczekujesz po operacji?</i>	☐ I want to be able to continue to play sports actively <i>Chcę nadal uprawiać aktywnie sport</i> ☐ I want to walk without any help <i>Chcę chodzić bez pomocy</i> ☐ I no longer want to feel the pain <i>Nie chcę już odczuwać bólu</i> ☐ Other - Inne		
When do you feel pain? <i>Kiedy odczuwasz ból?</i>	☐ I feel pain only when I do sports <i>Tylko w czasie uprawiania sportu</i> ☐ I feel pain when I walk <i>W czasie chodzenia</i> ☐ I feel constant pain, even at rest <i>Wciąż odczuwam ból, nawet w czasie odpoczynku</i> ☐ I don't feel any pain <i>Nie odczuwam bólu</i> ☐ Other – Inne		
Question to women: when was your last menstruation? <i>Data ostatniej miesiączki</i>			
Question to women: when did you last visited the gynecologist? <i>Termin ostatniej wizyty u ginekologa</i>			

I hereby consent to my personal data being processed by Sport Medica S.A. for the purpose of presenting initial treatment offer. I declare that I am sending my data with full awareness and at my own risk.

Initial Interview



PLEASE ANSWER QUESTIONS ABOUT YOUR STAY AT THE HOSPITAL
PYTANIA DOTYCZĄCE POBYTU W SZPITALU:

What kind of room would you like to stay in?

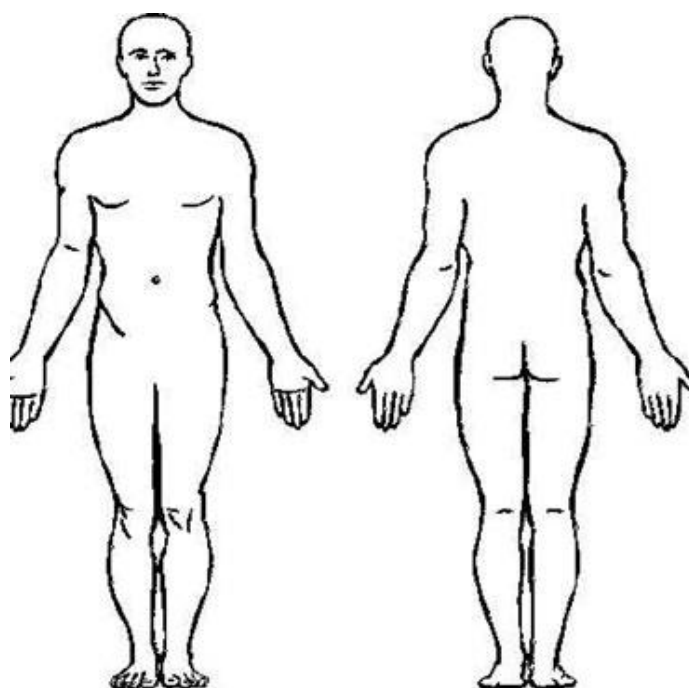
W jakim pokoju chciałbyś mieszkać?

☐ Private - *Jednoosobowy*

☐ Semi-private – *Dwuosobowy (dzielony z innym pacjentem)*

PLEASE INDICATE IN THE PICTURE BELOW THE PART OF YOUR BODY WHERE THE PAIN IS MOST NOTICEABLE

PROSZĘ ZAZNACZYĆ NA PONIŻSZYM OBRAZKU MIEJSCE ODCZUWANIA BÓLU



How long do you suffer? Jak długo odczuwa Pan/Pani ból?

What are the symptoms? Jakie są objawy?

I hereby consent to my personal data being processed by Sport Medica S.A. for the purpose of presenting initial treatment offer. I declare that I am sending my data with full awareness and at my own risk.

Initial Interview

What kind of pain you feel? Jaki to rodzaj bólu?

Have you ever been diagnosed by a doctor? If so - what was the diagnosis and what kind of treatment your doctor proposed? Jeśli byłeś zdiagnozowany – jaka choroba została rozpoznana i jaki plan leczenia został zaproponowany?

Thank you. Please send this form by e-mail to: international@carolina.pl