

Imię i nazwisko / Name: .....

Data urodzenia / Date of birth .....

Płeć / Gender .....

E-mail: .....

Tel .....

Ciśnienie / Blood pressure .....

kraj pochodzenia / country of origin .....

Wzrost (cm) / Height (cm) .....

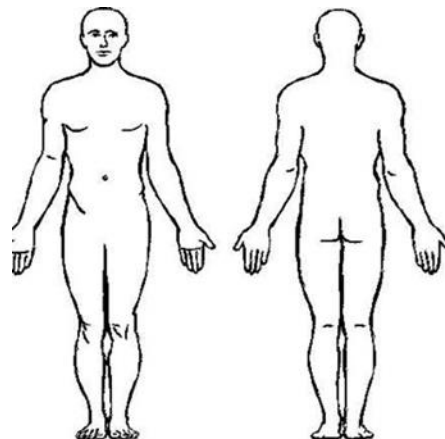
Waga (kg) / Weight (kg) .....

	Czy kiedykolwiek chorowałeś na / Have you ever suffered from:	TAK / YES	NIE / NO	Jeśli TAK, proszę opisać / If YES – please specify		
1.	Uraz czaszki / Cranial injury					
2.	Choroby układu nerwowego (np. omdlenia, padaczka) / Diseases of the nervous system (e.g. faintness, epilepsy)					
3.	Choroby psychiczne / Mental health problems					
4.	Cukrzyca / Diabetes					
5.	Choroby narządu słuchu lub wzroku / Ear or eye diseases					
6.	Choroby układu krwionośnego, krwiotwórczego, krążenia / Cardiovascular, hematologic or circulatory diseases					
7.	Choroby układu oddechowego / Respiratory diseases					
8.	Choroby układu pokarmowego / Diseases of the digestive system					
9.	Choroby układu moczowego / Urinary tract diseases					
10.	Choroby układu ruchu / Musculoskeletal system diseases					
11.	Uczulenia / Allergies					
12.	Inne problemy zdrowotne / Other health problems					
13.	Palenie tytoniu / Smoking			Ile dziennie? How many per day?	Ile lat? For how many years?	
Subiektywna ocena stanu zdrowia Subjective health assessment		Dobre Good	Raczej dobre Rather good	Raczej słabe Rather weak	Bardzo słabe Very weak	Inna ocena Other
		TAK / YES	NIE / NO	Proszę opisać / Please specify		
Czy możesz wejść bez odpoczynku na II piętro, podbiec do autobusu? Can you easily climb the stairs to the second floor or run to the bus?						
Czy miałeś zabiegi operacyjne? Jakiego? Kiedy? Have you ever had surgery? What kind? When?						
Czy wystąpiły powikłania związane z operacją lub znieczuleniem? Were there any complications connected to the surgery or anesthesia?						
Czy jesteś pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej? Are you under care of any specialist clinic? What kind?						
Czy byłeś/aś szczepiony/a przeciwko WZW typu B? Were you vaccinated against hepatitis? (type B jaundice)						
Czy przyjmujesz leki? Jakiego? / Do you take any medications?						
Czy byłeś kiedyś hospitalizowany? / Have you ever stayed in a hospital?						
Czy byłeś w ciąży? / Have you ever been pregnant?						
Przyjmowane leki hormonalne? / Do you take any hormonal medications?						
Data ostatniej miesiączki / Date of last menstrual period				Termin ostatniej wizyty u ginekologa / Date of last visit to the gynecologist		

PROSZĘ OPISAĆ PROBLEM / PLEASE DESCRIBE YOUR PROBLEM .....

PROSZĘ ZAZNACZYĆ NA PONIŻSZYM OBRAZKU MIEJSCE ODCZUWANIA BÓLU

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



Jak długo odczuwa Pan/Pani ból? <b>How long do you suffer?</b>	
Jakie są objawy? <b>What are the symptoms?</b>	
Jaki to rodzaj bólu? <b>What kind of pain you feel?</b>	
Jeśli byłeś zdiagnozowany – jaka choroba została rozpoznana i jaki plan leczenia został zaproponowany? <b>Have you ever been diagnosed by a doctor? If so - what was the diagnosis and what kind of treatment your doctor proposed?</b>	

Dziękujemy. Proszę wysłać ankietę na adres: [international@carolina.pl](mailto:international@carolina.pl)  
Thank you. Please send this form by e-mail to: [international@carolina.pl](mailto:international@carolina.pl)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Sport Medica S.A. w celu przedstawienia wstępnej oferty leczenia. Oświadczam, że przesyłam dane z pełną świadomością i na własne ryzyko  
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