**Szanowni Państwo, aby przygotować dla Państwa adekwatną ofertę, uprzejmie prosimy o wypełnienie niniejszego formularza i odesłanie go do nas e-mailem na adres:** [**international@carolina.pl**](mailto:international@carolina.pl) **/ 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**

**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) ………………….………**

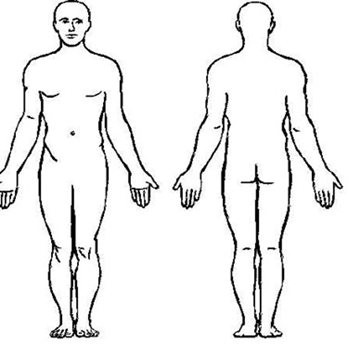
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Czy kiedykolwiek chorowałeś na / Have you ever suffered from:** | | **TAK / YES** | **NIE / NO** | | Jeśli TAK, proszę opisać / If YES – please specify | | | | |
| 1. | Uraz czaszki / Cranial 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 | | Prosze 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? Jakie? 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? Jakie? / Do you take any medications? | | |  |  | |  | | | | |
| Czy byłeś kiedyś hospitalizowany? / Have you ever stayed in a hospital? | | |  |  | |  | | | | |
| Czy byłaś 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?  **How long do you suffer?** |  |
| Jakie są objawy?  **What are the symptoms?** |  |
| Jaki to rodzaj bólu?  **What kind of pain you feel?** |  |
| Jeśli byłeś zdiagnozowany – jaka choroba została rozpoznana i jaki plan leczenia został zaproponowany?  **Have you ever been diagnosed by a doctor? If so - what was the diagnosis and what kind of treatment your doctor proposed?** |  |

**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)