

Nazwisko / Имя и фамилия:

Data urodzenia / Дата рождения

Płeć / Пол

E-mail / e-мэйл:

Tel / тел

Ciśnienie / Давление

Kraj pochodzenia / страна

Wzrost (cm) / Рост в см

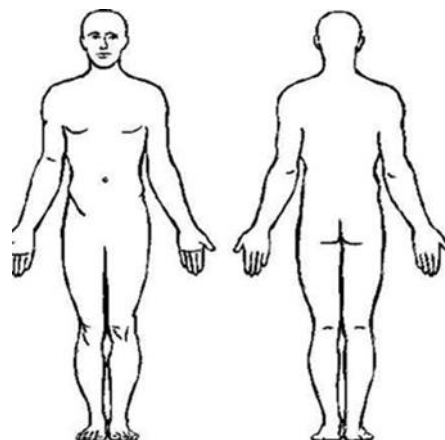
Waga (kg) / Вес в кг

	Czy kiedykolwiek chorowałeś na / Вы когда-либо страдали от:	TAK / ДА	NIE / НЕТ	Jeśli TAK, proszę opisać / Если ДА - укажите		
1.	Uraz czaszki / Черепно-мозговая травма					
2.	Choroby układu nerwowego (np. omdlenia, padaczka) / Заболевания нервной системы (например: обмороки, эпилепсия)					
3.	Choroby psychiczne / Проблемы психического здоровья					
4.	Sukrzycza / Сахарный диабет					
5.	Choroby narządu słuchu lub wzroku / Заболевания органа слуха или зрения					
6.	Choroby układu krwionośnego, krwiotwórczego, krążenia / Сердечно-сосудистые или гематологические заболевания					
7.	Choroby układu oddechowego / Респираторные заболевания					
8.	Choroby układu pokarmowego / Заболевания пищеварительной системы					
9.	Choroby układu moczowego / Заболевания мочевыводящих путей					
10.	Choroby układu ruchu / Болезни костно-мышечной системы					
11.	Uczulenia – jeśli TAK – proszę opisać / Аллергии - если ДА - укажите					
12.	Inne problemy zdrowotne / Другие проблемы со здоровьем					
13.	Palenie tytoniu / Вы курите?			Ile dziennie? Сколько в день?	Ile lat? Сколько лет?	
Subiektywna ocena stanu zdrowia Субъективная оценка здоровья		Dobre Хорошее	Raczej dobre Дов. хорошее	Raczej słabe Слабое	Bardzo słabe Очень слабое	Inna ocena Другая оценка
		TAK / ДА	NIE / НЕТ	Proszę opisać / Пожалуйста, уточните		
Czy możesz wejść bez odpoczynku na II piętro, podbiec do autobusu? Сможете легко подняться на второй этаж или подбежать к автобусу?						
Czy badany/a przeżył/a zabiegi operacyjne? Jakiej? Kiedy? Вам когда-нибудь делали операцию? Какую? Когда?						
Czy wystąpiły powikłania związane z operacją? Znieczuleniem? Были ли осложнения, связанные с операцией или анестезией?						
Czy pacjent jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej? Вы находитесь на лечении в специализированной клинике? Какой?						
Czy badany/a był/a szczepiony/a przeciwko WZW typu B? Вам делали прививку от гепатита? (желтуха типа В)						
Czy badany/a przyjmuje leki? / Вы принимаете какие-нибудь лекарства? Hospitalizacje? / Вас когда-нибудь госпитализировали?						
Czy badana była w ciąży? / Вы когда-нибудь были беременны? Przyjmowane leki hormonalne? / Вы принимаете гормональные препараты?						
Data ostatniej miesiączki / Дата последней менструации				Termin ostatniej wizyty u ginekologa / Дата последнего посещения гинеколога		

PROSZĘ OPISAĆ PROBLEM / КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ПРОБЛЕМЫ

PROSZĘ ZAZNACZYĆ NA PONIŻSZYM OBRAZKU MIEJSCE ODCZUWANIA BÓLU

ПОЖАЛУЙСТА, УКАЖИТЕ НА КАРТИНКЕ НИЖЕ ЧАСТЬ ВАШЕГО ТЕЛА, ГДЕ БОЛЬ СИЛЬНЕЕ



Jak długo odczuwa Pan/Pani ból? Как давно Вы начали ощущать дискомфорт/боль?	
Jakie są objawy? Какие симптомы?	
Jaki to rodzaj bólu? Какую боль Вы чувствуете?	
Jeśli byłeś zdiagnozowany – jaka choroba została rozpoznana i jaki plan leczenia został zaproponowany? Вы когда-нибудь были диагностированы врачом? Если да - какой был диагноз и какое лечение предложил Ваш врач?	

Dziękujemy. Proszę wysłać ankietę na adres: international@carolina.pl

Спасибо. Пожалуйста, отправьте эту форму по электронной почте: 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
Настоящим я даю согласие на обработку моих персональных данных компанией Sport Medica S.A. с целью представления первоначального предложения лечения. Я заявляю, что отправляю свои данные с полным осознанием и на свой риск.