**ANKIETA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA**

***Proszę starać się odpowiedzieć szczegółowo na zadane pytania***

*Data sporządzenia ankiety:*

*Imię i nazwisko:*

*Data urodzenia:*

*Numer PESEL:*

*Adres:*

*Tel. komórkowy:*

*Adres poczty elektronicznej:*

*Proszę opisać okoliczności zdarzenia (wypadku komunikacyjnego/urazu/zatrucia/zakażenia/błędu w leczeniu):*

*Jakich uszkodzeń ciała doznał/a Pan/Pani z powodu opisanego wyżej zdarzenia:*

*Czy była wzywana Policja na miejsce zdarzenia:* *[ ]* ***Tak*** ***[ ] Nie***

*Czy została udzielona doraźna, pierwsza pomoc lekarska:* *[ ]* ***Tak*** *[ ]* ***Nie***

*Jeśli zaznaczono „Tak” proszę opisać na czym ta pomoc polegała:*

***Dolegliwości i objawy, których nie było przed zaistnieniem zdarzenia:***

|  |  |
| --- | --- |
| *[ ] Blizny na skórze:*  | *[ ] Inny rodzaj zmian skórnych (owrzodzenia, trudności w gojeniu się ran: etc* |
| *[ ] Zniekształcenia po złamaniach:* | *[ ] Bóle głowy, nudności, wymioty, zawroty głowy* |
| *[ ] Nerwice, stany lękowe, zaburzenia pamięci, snu:* | *[ ]*  *napadowe utraty przytomności (częstotliwość, okoliczności, opis świadków, współistniejące moczenie się, przygryzienie języka, urazy itp.:* |
| *[ ]*  *osłabienie siły rąk i nóg (ruchów w poszczególnych stawach):*  | *[ ]*  *zaburzenia czucia dotyku, temperatury (ciepło, zimno), bólu -> niedoczulica, przeczulica:*  |
| *[ ]*  *opadanie powieki, asymetria ust, zaburzenia połykania, zaburzenia mowy, zaburzenia wzrokowe (ostrości widzenia, plamy, niedowidzenie itp. - dla każdego oka), zaburzenia słuchu, smaku, węchu, wyciek płynu z nosa, ucha,):* | *[ ]*  *bóle kręgosłupa i ograniczenie ruchomości, promieniowanie bólu (wzdłuż jakiej okolicy i jak daleko):* |
| *[ ]*  *zaburzenia w oddawaniu moczu i stolca (popuszczanie, zatrzymanie, zaparcia):* | *[ ]*  *objawy ogólne: dusznośc, bóle brzucha, kołatania serca, (przy bólach podać okolicę, rodzaj: ostre, tępe, kłujące, częstotliwość, wpływ leków, objawy towarzyszące, itp.)* : |

Leczenie: operacje, blizny pooperacyjne, sączenie, zapalenia i inne powikłania operacji, leki, obecna opieka
lekarska (specjalizacja lekarza, miejsce opieki (poradnia, szpital, wizyty prywatne), opinie lekarzy - rokowania,
rehabilitacja-rodzaj zabiegów, czas trwania rehabilitacji, tryb-prywatny, na podstawie skierowania, stosowane leki-
nazwa, dawki,

***Leczenie:***

***Przeprowadzone badania:***

[ ]  **EKG**

**[ ] EEG**

**[ ] TK**

**[ ] RM**

**[ ] USG**

Inne:

Dodatkowe uwagi:

**przebieg leczenia od czasu "zdarzenia":**

***Ile godzin dziennie wymagana jest opieka osób trzecich:***

***Inne choroby, schorzenia współistniejące:***