

ANKIETA ZDROWOTNA PACJENTA

Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi. W przypadku pytania „TAK” fizjoterapeuta dopyta o szczegóły.

1. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko: PESEL / data ur.:

Telefon:

2. INFORMACJE ISTOTNE DLA BEZPIECZEŃSTWA TERAPII

Lp.	Pytanie / Objaw	TAK	NIE
1	Choroby serca / układu krążenia (np. nadciśnienie, zaburzenia rytmu, zawał, udar)?	☐	☐
2	Rozrusznik serca, neurostymulator, implant słuchowy lub inne elektronika?	☐	☐
3	Endoproteza, płytki, śruby, stabilizatory lub inne elementy metalowe?	☐	☐
4	Przebyta zakrzepica, zatorowość płucna lub poważne choroby naczyń?	☐	☐
5	Zaburzenia krzepnięcia lub przyjmowanie leków rozrzedzających krew?	☐	☐
6	Choroba nowotworowa (obecnie lub w przeszłości)?	☐	☐
7	Osteoporoza lub złamania kości przy niewielkim urazie?	☐	☐
8	Padaczka lub inne istotne schorzenia neurologiczne?	☐	☐
9	Zaburzenia czucia, drętwienie, słabsze odczuwanie bólu lub temperatury?	☐	☐
10	Cukrzyca?	☐	☐
11	Gorączka, infekcja lub ostry stan zapalny w organizmie?	☐	☐
12	Rana, uszkodzenie skóry lub choroba skóry w miejscu zabiegu?	☐	☐
13	Nadwrażliwość na zimno lub choroba Raynauda?	☐	☐
14	Niedawna operacja, pobyt w szpitalu lub poważny uraz?	☐	☐
15	Dotyczy kobiet: Ciąża lub możliwość ciąży?	☐	☐

Inne istotne choroby / informacje o zdrowiu:

.....

3. LEKI I ALERGIE

Przyjmowane leki:

.....

Alergie i uczulenia:

.....

Czy stosujesz leki/maści uczulające na światło? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

WYWIAD I OŚWIADCZENIE PACJENTA

Informacje o problemie zdrowotnym oraz zgody formalne

4. GŁÓWNY PROBLEM ZDROWOTNY

Z czym zgłaszasz się na fizjoterapię?

Od kiedy występują dolegliwości?

Czy problem rozpoczął się w wyniku urazu? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK – jaki był mechanizm urazu?

5. BÓL I DOLEGLIWOŚCI

Gdzie odczuwasz dolegliwości?

Ból obecnie: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Największy ból: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Charakter bólu: ☐ tępy ☐ ostry ☐ kłujący ☐ piekący ☐ inny:

Czy występuje drętwienie / mrowienie? ☐ NIE ☐ TAK

Co nasila dolegliwości?

Co przynosi ulgę?

6. DIAGNOSTYKA

Czy wykonano badania (RTG, rezonans MRI, USG, TK)?

☐ RTG ☐ MRI ☐ USG ☐ TK ☐ NIE

(Prosimy o przekazanie wyników badań fizjoterapeucie podczas wizyty).

7. OŚWIADCZENIE PACJENTA I RODO

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z moją najlepszą wiedzą. Zobowiązuję się poinformować fizjoterapeutę o wszelkich zmianach mojego stanu zdrowia, nowych chorobach, urazach oraz zmianach w przyjmowanych lekach.

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych (RODO):

Administratorem danych osobowych jest **KŁYSZMED Grzegorz Kłysz**. Dane są przetwarzane w celu udzielania świadczeń fizjoterapeutycznych, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz realizacji obowiązków prawnych. Pełna klauzula informacyjna jest dostępna w Gabinetie KŁYSZMED oraz na stronie **www.klyszmed.pl**.

Podpisując formularz poniżej, potwierdzam zapoznanie się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych.

Miejscowość: Data:

Podpis pacjenta:

.....