

Gabinet Friederike Schönburg-Liedtke

Kwestionariusz wywiadu medycznego

Dane osobowe (Persönliche Daten)

Nazwisko, imię: _____

Data urodzenia: _____

Płeć: ☐ mężczyzna ☐ kobieta ☐ inna

Wzrost: _____ cm Waga: _____ kg

Leki: _____

Alergie: _____

Zawód: _____

E-mail _____

Język ojczysty :

Nawyki życiowe (Lebensgewohnheiten)

Palenie: ☐ nie ☐ tak, liczba: _____ dziennie Od: _____ lat

Używanie narkotyków: ☐ nie ☐ tak

Spożycie alkoholu: ☐ nie ☐ tak, ilość: _____ napój: _____

Choroby współistniejące - proszę zaznaczyć właściwe (Vorerkrankungen (bitte Zutreffendes ankreuzen))

- ☐ Nadciśnienie tętnicze
- ☐ Cukrzyca
- ☐ Choroby oczu
- ☐ Choroby nerek
- ☐ Choroby tarczycy
- ☐ Choroby płuc
- ☐ Napady drgawkowe (np. epilepsja)

- ☐ Inne: _____
- Operacje i choroby nowotworowe (OP und Krebserkrankungen)

Wywiad rodzinny (Familienanamnese)

- ☐ Choroby nowotworowe
- ☐ Cukrzyca
- ☐ Nadciśnienie tętnicze
- ☐ Udar
- ☐ Zawał serca
- ☐ Choroby płuc
- ☐ Osteoporoza
- ☐ Podwyższone lipidy (tłuszcze) we krwi
- ☐ Choroby psychiczne

Zdrowie psychiczne (Psychische Gesundheit)

- ☐ Depresja
- ☐ Zaburzenia lękowe
- ☐ Ataki paniki
- ☐ Zaburzenie osobowości borderline
- ☐ Długotrwały smutek
- ☐ Brak energii / motywacji
- ☐ Unikanie kontaktów społecznych

Ból (Schmerzen)

Część(i) ciała: _____

Nasilenie (0 = brak bólu, 10 = najsilniejszy wyobrażalny ból):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Charakter – proszę zaznaczyć właściwe:

- ☐ Kłujący
- ☐ Tępy
- ☐ Promieniujący
- ☐ Falujący
- ☐ Przy ruchu
- ☐ W spoczynku
- ☐ Ciągący

Dla kobiet (Für Frauen)

Brak dzieci: ☐ tak ☐ nie

Dzieci: liczba: _____

Ciąże: liczba: _____

Przerwania ciąży: liczba: _____

Poronienia: liczba: _____

Powikłania w ciąży:

- ☐ Poród przedwczesny
- ☐ Martwy poród
- ☐ Nadciśnienie w ciąży
- ☐ Cukrzyca ciążowa
- ☐ Ciąża mnoga

Menopauza: ☐ tak ☐ nie

Endometrioza: ☐ tak ☐ nie ☐ niejasne

Bóle miesięczne: ☐ tak ☐ nie

Dieta (Ernährung)

- ☐ Wszystkożerny/a
- ☐ Wegetariańska
- ☐ Wegańska
- ☐ Inne: _____

Uwagi lekarza (Arztvermerke)

Podpis pacjenta/pacjentki: _____

Data: _____