

**ANKIETA O STANIE ZDROWIA  
DZIECKO DO LAT 16. – DWOJE RODZICÓW**

W związku z korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w zakładzie leczniczym „Fizjoterapia Kobielska”, prowadzonym przez firmę „FiRM Michał Tomaszewski” pod adresem: ul. J. Poniatowskiego 29C/1, 05-400 Otwock, posiadającą numer NIP: 1181706708 oraz REGON: 529993282, wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej oraz wpisaną do rejestru podmiotów leczniczych, numer księgi rejestrowej: 000000284018, **prosimy o uzupełnienie niniejszej ankiety o stanie zdrowia.**

**DANE PACJENTA:**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Data urodzenia oraz numer  
PESEL pacjenta: .....

Adres zamieszkania pacjenta: .....

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (rodzic, opiekun prawny):**

Imię i nazwisko przedstawiciela  
ustawowego: .....

Adres zamieszkania  
przedstawiciela ustawowego: .....

Imię i nazwisko przedstawiciela  
ustawowego: .....

Adres zamieszkania  
przedstawiciela ustawowego: .....

Poniżej znajduje się ankieta o stanie zdrowia pacjenta. Prosimy o jej uważne przeczytanie i uzupełnienie zgodnie z prawdą poprzez wpisanie w odpowiedniej kolumnie słowa „TAK” (jeśli dane schorzenie lub problem zdrowotny występuje) lub „NIE” (jeśli dane schorzenie lub problem zdrowotny nie występuje). Tam, gdzie to konieczne należy odpowiednio uzupełnić ankietę.

<b>CHOROBY LUB PROBLEMY ZDROWOTNE, KTÓRE WYSTĄPUJĄ U PACJENTA</b>	<b>TAK/NIE</b>
Implanty metalowe / Zespoleńia metalowe	
Stan zapalny	
Nowotwory	
Gorączka	
Zaburzenia czucia	
Padaczka	
Ciąża	
Choroby serca (rozrusznik)	
Nadciśnienie tętnicze	
Zaburzenia rytmu serca (migotanie przedsionków)	
Problemy żyłne (zakrzepica żył)	
Cukrzyca	

Inne choroby lub problemy zdrowotne, które nie zostały wymienione powyżej: .....

Przyjmowane leki (nazwa oraz dawka): .....

**OŚWIADCZAM, ŻE WSZYSTKIE PODANE PRZEZE MNIĘ POWYŻEJ INFORMACJE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ. MAM ŚWIADOMOŚĆ, ŻE ZATAJENIE INFORMACJI LUB PODANIE ICH W SPOSÓB NIEZGODNY Z PRAWDĄ MOŻE SKUTKOWAĆ U PACJENTA BRAKIEM POPRAWY STANU ZDROWIA, JEGO POGORSZENIEM, A W NIEKTÓRYCH PRZYPADKACH NAWET ŚMIERCIĄ.**

.....  
miejsowość, data, godzina i podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta

.....  
miejsowość, data, godzina i podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta

---

## AKTUALIZACJA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

Zapoznaj się z ankietą o stanie zdrowia pacjenta, która została uzupełniona podczas pierwszej wizyty. Następnie w tabeli poniżej wskaż, czy podane informacje o stanie zdrowia pacjenta od czasu tej wizyty uległy zmianie, czy też nie.

Jeśli się zmieniły wpisz: w tabeli poniżej „ULEGŁY ZMIANIE”, jeśli się nie zmieniły wpisz „NIE ULEGŁY ZMIANIE”.

Pamiętaj, że zatajenie informacji o stanie zdrowia lub podanie ich w sposób niezgodny z prawdą może skutkować brakiem poprawy stanu zdrowia, jego pogorszeniem, a w niektórych przypadkach nawet śmiercią.

**OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ Z INFORMACJAMI PODANYMI W ANKIECIE O STANIE ZDROWIA PACJENTA PODCZAS WIZYTY W DNIU \_\_\_\_\_ I WSKAZUJĘ, ŻE PODANE PRZEZE MNIE INFORMACJE OD CZASU TEJ WIZYTY:**

	Uległy zmianie/nie uległy zmianie	Miejscowość, data i godzina	Podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta	Podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				