

IMIĘ:  NAZWISKO:  WIEK:  DATA URODZENIA:

**JAK SIĘ CZUJESZ?**  
[TY] [TERAZ] [CZUĆ\_SIE] [JAK?]

1  <input type="checkbox"/> KASZEL	2  <input type="checkbox"/> KATAR/KICHANIE	3  <input type="checkbox"/> BÓL GARDŁA	4  <input type="checkbox"/> GORĄCZKA	5  <input type="checkbox"/> DRESZCZE/ZIMNO
7  <input type="checkbox"/> BIEGUNKA	8  <input type="checkbox"/> ZATWARDZENIE	9  <input type="checkbox"/> WYMIOTY	10  <input type="checkbox"/> SIKAĆ PROBLEM	11  <input type="checkbox"/> URAZ
12  <input type="checkbox"/> ZMĘCZENIE	13  <input type="checkbox"/> ZAWROTY GŁOWY/ OMDLENIE	14  <input type="checkbox"/> PROBLEMY SEN	15  <input type="checkbox"/> SMUTEK	16  <input type="checkbox"/> ZDENERWOWANIE
17  <input type="checkbox"/> SERCE KOŁATANIE/ BICIE NIERÓWNO	18  <input type="checkbox"/> WYSOKIE CIŚNIENIE	19  <input type="checkbox"/> ALERGIA/ UCZULENIE	20  <input type="checkbox"/> ODDYCHAĆ PROBLEM	21  <input type="checkbox"/> BÓL

INNE WPISZ:

**Z CZYM MASZ TERAZ PROBLEM?**  
[TY] [CHORY] [JAK\_WYGLĄDAĆ?]

 <input type="checkbox"/> TWARZ	 <input type="checkbox"/> USTA	 <input type="checkbox"/> OCZY	 <input type="checkbox"/> WĄTROBA		 <input type="checkbox"/> KOŚCI
 <input type="checkbox"/> MÓZG		 <input type="checkbox"/> NOS	 <input type="checkbox"/> TRZUSTKA		 <input type="checkbox"/> NERKI
 <input type="checkbox"/> SERCE		 <input type="checkbox"/> UCHO	 <input type="checkbox"/> ŻOŁĄDEK		 <input type="checkbox"/> KRĘGOSŁUP
 <input type="checkbox"/> PŁUCA		 <input type="checkbox"/> JELITA	 <input type="checkbox"/> POCHWA		 <input type="checkbox"/> PENIS

 TAK	 NIE	 ROZUMIEĆ	 NIE ROZUMIEĆ	 ZGODA	 NIE ZGODA	 NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
---------	---------	--------------	------------------	-----------	---------------	---

## KIEDY ZACZEŁA SIĘ CHOROBA? [TY] [CHOROBA] [START] [BYŁO] [KIEDY?]

NIEDZIELA    SOBOTA    PIĄTEK    CZWARTEK    ŚRODA    WTOREK    PONIEDZIAŁEK    W CZORAJ    DZISIAJ    TERAZ

DATA?     GODZINA?

## JAK CZĘSTO MASZ OBJAWY CHOROBY? [TY] [CHORY] [JAK] [CZĘSTO]? [ILE] [RAZY?]

 <input type="checkbox"/> RAZ NA DZIEŃ	 <input type="checkbox"/> KILKA DZIEŃ ILE? <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> CAŁY DZIEŃ	 <input type="checkbox"/> RAZ NA MIESIĄC	 <input type="checkbox"/> KILKA MIESIĄC ILE? <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> CAŁY MIESIĄC
---	---	---	---	---	---

CODZIENNIE

NIEDZIELA    PONIEDZIAŁEK    WTOREK    ŚRODA    CZWARTEK    PIĄTEK

KILKA W TYGODNIU ILE?

## CO ROBIŁEŚ, KIEDY ZACZEŁA SIĘ CHOROBA? [TY] [CHOROBA] [ZACZYNAĆ] - [TY] [ROBIĆ] [CO?]

 <input type="checkbox"/> JEDZENIE	 <input type="checkbox"/> SEN	 <input type="checkbox"/> PRACA	 <input type="checkbox"/> NERWY	 <input type="checkbox"/> WYPADEK PRACA
 <input type="checkbox"/> ALKOHOŁ	 <input type="checkbox"/> LEKI	 <input type="checkbox"/> ZIMNA TEMPERATURA	 <input type="checkbox"/> GORĄCA TEMPERATURA	

INNE WPISZ:

## JAK ZMIENIA SIĘ CHOROBA? [TY] [CHOROBA] [ZMIANA] [JAK\_WYGLĄDA?]

 <input type="checkbox"/> CHOROBA STAŁA	 <input type="checkbox"/> CHOROBA ROSNĄCA	 <input type="checkbox"/> CHOROBA ZMIENNA
--	--	--

## JAK SILNY MASZ BÓŁ? [TY] [BÓŁ] [MOCNO] [SŁABO] [JAK?]

 <input type="checkbox"/> 1-2	 <input type="checkbox"/> 3-4	 <input type="checkbox"/> 5-6	 <input type="checkbox"/> 7-8	 <input type="checkbox"/> 9-10
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

## JAKI TY MASZ BÓŁ? [TY] [BÓŁ] [JAK\_WYGLĄDA?]

 <input type="checkbox"/> PIEKĄCY	 <input type="checkbox"/> KŁUJĄCY	 <input type="checkbox"/> GNIOTĄCY
 <input type="checkbox"/> PROMIENUJĄCY	 <input type="checkbox"/> PRZESZYWAJĄCY	 <input type="checkbox"/> PULSUJĄCY

## CZY BRAŁEŚ JAKIEŚ LEKI? [TY] [BYŁO] [JEŚĆ] [LEK?]

TAK    NIE

NAZWA:





## CZUŁEŚ SIĘ LEPIEJ PO LEKACH? [TY] [LEKARSTWO] [JEŚĆ] - [PO] [BYŁO] [CZUĆ\_SIE] [LEPIEJ?]

TAK    NIE

<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ROZUMIEĆ	<input type="checkbox"/> NIE ROZUMIEĆ	<input type="checkbox"/> ZGODA	<input type="checkbox"/> NIE ZGODA	<input type="checkbox"/> NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--

# GŁOWA, NARZĄDY ZMYŚLÓW I PSYCHIKA








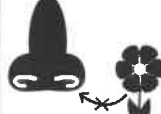
## GDZIE CIĘ BOLI GŁOWA? [TY] [GŁOWA] [BÓL] [GDZIE]?

 <input type="checkbox"/> PRZÓD	 <input type="checkbox"/> GÓRA	 <input type="checkbox"/> TYŁ	 <input type="checkbox"/> BOK
---	--	---	---

## JAKIE MASZ OBJAWY? [CO SIĘ DZIEJE]?

 <input type="checkbox"/> ZMĘCZENIE	 <input type="checkbox"/> SMUTEK	 <input type="checkbox"/> PROBLEMY SEN	 <input type="checkbox"/> NERWY
 <input type="checkbox"/> ZAPOMINAĆ	 <input type="checkbox"/> ALKOHOL PIĆ DUŻO		

## JAKIE MASZ OBJAWY? [CO SIĘ DZIEJE]?

 OKULARY TY MASZ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	 <input type="checkbox"/> WIDZIEĆ ŹLE
 <input type="checkbox"/> WIDZIEĆ PODWÓJNIE	 <input type="checkbox"/> DUŻO ŁEZ
 <input type="checkbox"/> SUCHE OKO	
 <input type="checkbox"/> KREW Z NOSA	 <input type="checkbox"/> ODDYCHAĆ NOS PROBLEM
	 <input type="checkbox"/> NIE CZUĆ ZAPACH

## UKŁAD POKARMOWY

 <input type="checkbox"/> NIE CHCIEĆ JEŚĆ	 <input type="checkbox"/> CHCIEĆ DUŻO JEŚĆ	 <input type="checkbox"/> ZGAGA	 <input type="checkbox"/> WZDĘCIA	 <input type="checkbox"/> BÓL JEŚĆ
 <input type="checkbox"/> WYMIOTY	KREW BYŁA? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE ILE RAZY?: <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> NUDNOŚCI	 <input type="checkbox"/> ZATWARDZENIE	 <input type="checkbox"/> HEMOROIDY/ KREW Z ODŁYTY
				 <input type="checkbox"/> BIEGUNKA
				KREW BYŁA? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE BIEGUNKA ILE RAZY?: <input type="text"/> BIEGUNKA JAKI KOLOR?: <input type="text"/>

## UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY

 MOCZ/SIKI JAK WYGLĄDAĆ? KOLOR: NORMALNY <input type="checkbox"/> INNY <input type="text"/> ZAPACH: NORMALNY <input type="checkbox"/> INNY <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> SIKAĆ DUŻO/CZĘSTO	 <input type="checkbox"/> SIKAĆ MAŁO	 <input type="checkbox"/> SIKAĆ BÓL	 <input type="checkbox"/> NIE SIKAĆ
 <input type="checkbox"/> SIKAĆ W NOCY	 <input type="checkbox"/> SIKAĆ NAGLE MUSI	 <input type="checkbox"/> NIE TRZYMAĆ SIKI	 <input type="checkbox"/> SEKS PROBLEM	

<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ROZUMIEĆ	<input type="checkbox"/> NIE ROZUMIEĆ	<input type="checkbox"/> ZGODA	<input type="checkbox"/> NIE ZGODA	<input type="checkbox"/> NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--

## UKŁAD ENDOKRYNNY






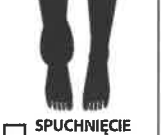



 <input type="checkbox"/> WAGA WIĘCEJ	 <input type="checkbox"/> WAGA MNIEJ	 <input type="checkbox"/> NERWY	 <input type="checkbox"/> ZMĘCZENIE	 <input type="checkbox"/> DUŻO PIĆ
 <input type="checkbox"/> SIKAĆ DUŻO/ CZĘSTO	 <input type="checkbox"/> WYPADAĆ WŁOSY	 <input type="checkbox"/> DUŻO SIĘ POCIĆ	 <input type="checkbox"/> ZIMNO	

## UKŁAD ODDECHOWY

 <input type="checkbox"/> KASZEL SUCHY	 <input type="checkbox"/> KASZEL MOKRY (FLEGMA)
<input type="checkbox"/> ODDYCHAĆ PROBLEM	

KREW BYŁA?  TAK  NIE  
 ILE RAZY?:   
 FLEGMA JAKI  
 KOLOR?:


## UKŁAD KRĄŻENIA


 <input type="checkbox"/> BÓL	 <input type="checkbox"/> WYSOKIE CIŚNIENIE	 <input type="checkbox"/> SERCE KOŁATANIE/ BICIE NIERÓWNO	 <input type="checkbox"/> SZYBKIE BICIE	 <input type="checkbox"/> WOLNE BICIE
 <input type="checkbox"/> SPUCHNIĘCIE NÓG	 <input type="checkbox"/> ZIMNE NOGI I RĘCE	 <input type="checkbox"/> BÓL CHODZIĆ	 <input type="checkbox"/> ŻYŁAKI	

## INNE

 <input type="checkbox"/> POCIĆ SIĘ NOC	 <input type="checkbox"/> PIERSI GUZ	 <input type="checkbox"/> MLEKO/PŁYN/ KREW Z PIERSI
 <input type="checkbox"/> JĄDRO GUZ	 <input type="checkbox"/> PIEPRZ ROSNIE BÓL/ZMIANA WYGLĄD	


 **CZY TY MASZ ALERGIĘ?  
[ALERGIĘ MASZ?]**  
 TAK  NIE  
 WPISZ  
 NAZWA:


 **CZY JESTEŚ W CIĄŻY?  
[CIĄŻA TY?]**  
 TAK  NIE  
 MIESIĄC KTÓRY?:


 **INNY DOKTOR  
CHODZISZ TY?**  
 TAK  NIE  
 WPISZ:


 **SZPITAL BYŁO?**  
 TAK  NIE  
 DLACZEGO WPISZ:

 **OPERACJA BYŁO?**  
 TAK  NIE  
 DLACZEGO WPISZ:

 **PIŁEŚ ALKOHOL?**  
 TAK  NIE

**PIWO**  
 ILE  ?  TYDZIEŃ

**WINO**  
 ILE  ?  TYDZIEŃ

**WÓDKA**  
 ILE  ?  TYDZIEŃ

 **MIESZKASZ Z KIM?**  
 SAM   
 Z RODZINĄ 

**CHOROBY TWOJEJ RODZINY?** 

MAMA/ TATA:  DZIECI:

BRAT:  SIOSTRA:

 **CZY BRAŁEŚ NARKOTYKI/  
DOPALACZE?**  
 TAK  NIE  
 NAZWA JAKIE:  ILE RAZY?

 **PALIĆ TY?**  
 TAK  NIE  
 WIEK START:  ILE  ?  DZIEŃ

 TAK	 NIE	 ROZUMIEĆ	 NIE ROZUMIEĆ	  ZGODA NIE ZGODA	  NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
--	--	---	---	--	---

## JAKIE MASZ CHOROBY? [TY] [CHOROBA] [JAK] [WYGLĄDAĆ]?

 <input type="checkbox"/> ŻOŁĄDEK	 <input type="checkbox"/> TRZUSTKA	 <input type="checkbox"/> WĄTROBA	 <input type="checkbox"/> MÓZG	 <input type="checkbox"/> NERKI	 <input type="checkbox"/> PŁUCA
 <input type="checkbox"/> SERCE	 <input type="checkbox"/> JELITA	 <input type="checkbox"/> ŻYŁY I KREW	 <input type="checkbox"/> RAK/ NOWOTWÓR	 <input type="checkbox"/> PADACZKA/ DRGAWKI	 <input type="checkbox"/> ASTMA/POCHP
 <input type="checkbox"/> BAKTERIE/ WIRUSY	 <input type="checkbox"/> CUKRZYCA/ CUKIER WYSOKI	 <input type="checkbox"/> CIŚNIENIE	 <input type="checkbox"/> KOŚCI	JAKIE MASZ INNE CHOROBY? [TY] [CHORY] [INNE] [JAK_WYGLĄDAĆ]?	

## JAKIE BIERZESZ LEKI? [TY] [LEKI] [JEŚĆ] [JAKIE]?

 <input type="checkbox"/> SERCE	 <input type="checkbox"/> CIŚNIENIE	 <input type="checkbox"/> PADACZKA/ DRGAWKI	 <input type="checkbox"/> ASTMA/POCHP
 <input type="checkbox"/> DEPRESJA/ PSYCHIATRA	 <input type="checkbox"/> CUKRZYCA/ CUKIER WYSOKI	 <input type="checkbox"/> ŻYŁY I KREW	 <input type="checkbox"/> BÓL

WPISZ NAZWY LEKÓW






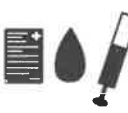


## CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA BADANIE? [TY] [BADANIE] [ZGODA]?

TAK  NIE

 PROSZĘ SIĘ ROZEBRAĆ	 ODDYCHAJ GŁĘBOKO	 POŁÓŻ SIĘ	 BADANIE CIŚNIENIA	 EKG
 OTWÓRZ/ZAMKNIJ OCZY	 BADANIE UCHA	 OTWÓRZ USTA	 BADANIE ODBYT	

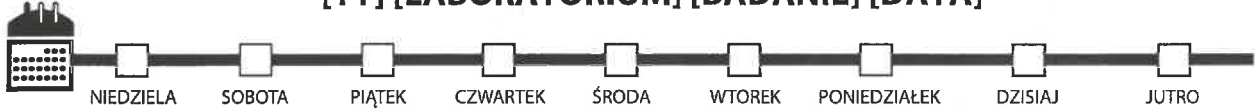
 TAK	 NIE	 ROZUMIEĆ	 NIE ROZUMIEĆ	 ZGODA NIE ZGODA	 NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
--	--	---	---	--	---

**POTRZEBUJESZ BADAŃ**  
 [TY] [MUSIEĆ] [ZROBIĆ] [BADANIA] [INNE]





 <b>NIE JEDZ!</b>	 <b>NIE PIJ!</b>	 <b>LEKI ZJEDZ NORMALNIE</b>	 <b>INSULINA NIE BRAĆ!</b>	 <b>7 RANO</b>	 <b>BADANIE KRWI</b>	 <b>BADANIE MOCZU</b>	 <b>BADANIE KAŁU</b>
---	--	--	--	--	--	---	--

**WEŹ Z DOMU:**





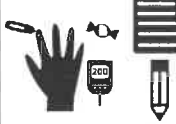




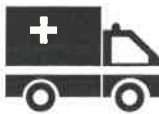





**[TY] [LABORATORIUM] [BADANIE] [DATA]**














**POTRZEBUJESZ BADAŃ**  
 [TY] [MUSIEĆ] [ZROBIĆ] [BADANIA] [INNE]

 <b>USG</b>	 <b>KOLONOSKOPIA</b>	 <b>RTG</b>	 <b>MAMMOGRAFIA</b>	 <b>GASTROSKOPIA</b>
---	--	---	--	--

**ZALECENIA**











 <b>DNI</b> ZOSTAŃ W ŁÓŻKU	 <b>ALKOHOL STOP</b>	 <b>PAPIEROSY STOP</b>	 <b>ĆWICZENIA</b>	 <b>CUKIER ZAPISUJ</b>	 <b>CIŚNIENIE ZAPISUJ</b>	DATA [ ][ ][ ][ ][ ][ ] GODZINA [ ][ ] <b>WRÓĆ KONTROLA</b>
 <b>PRZYNIĘŚ DOKUMENTY SZPITAL</b>	 <b>PRZYNIĘŚ NAZWY LEKÓW</b>	 <b>PRZYNIĘŚ ZAPIS CIŚNIENIE /CUKIER</b>	 <b>MUSISZ JECHAĆ SZPITAL POCZEKAJ</b>	DATA [ ][ ][ ][ ][ ][ ] GODZINA [ ][ ]  <b>PRZYJDŹ ZASTRZYK PRZYCHODNIA</b>	 <b>PIELĘGNIARKA BĘDZIE ZASTRZYK W TWÓJ DOM</b>	 <b>ZWOLNIENIE LEKARSKIE</b>
					 <b>SAM BADAJ JĄDRA</b> 1x NA MIESIĄC	 <b>SAM BADAJ PIERSI</b> 1x NA MIESIĄC








**RECEPTA**

NAZWA							
GODZINA							
GODZINA							
GODZINA							
GODZINA							



**INNY LEKARZ SKIEROWANIE:**  
 [JA DAĆ CI] [SKIEROWANIE] [INNY] [LEKARZ]:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> KARDIOLOG  | <input type="checkbox"/> PSYCHIATRA       |
| <input type="checkbox"/> CHIRURG    | <input type="checkbox"/> PULMONOLOG       |
| <input type="checkbox"/> ONKOLOG    | <input type="checkbox"/> GASTROENTEROLOG  |
| <input type="checkbox"/> NEFROLOG   | <input type="checkbox"/> NEUROLOG         |
| <input type="checkbox"/> SZPITAL    | <input type="checkbox"/> DERMATOLOG       |

 <b>TAK</b>	 <b>NIE</b>	 <b>ROZUMIEĆ</b>	 <b>NIE ROZUMIEĆ</b>	 <b>ZGODA</b>	 <b>NIE ZGODA</b>	 <b>NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY</b>
---	---	--	---	---	---	---