



Proszę wypełnić ten formularz, odpowiadając na pytania niezależnie od tego czy dla aktualnego problemu uważasz to za istotne.

Füllen Sie den Fragebogen bitte aus. Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig, egal, ob Sie es für Ihr aktuelles Problem für wichtig erachten oder nicht.

01. nazwisko • Name ..... e-Mail .....  
stan cywilny • Familienstand ..... telefon/komórka • Telefon/Handy .....  
wykonywany zawód/firma • Beruf/Firma ..... dzieci • Kinder .....

02. Proszę przedstawić aktualne dolegliwości! • Bitte schildern Sie Ihre jetzigen Beschwerden!

03. Inne Choroby. Jaki masz inne dolegliwości (proszę uwzględnić poniższą listę)? • Welche anderen Krankheiten haben Sie (s. a. Liste)?

04. Jaki operacje chirurgiczne były na tobie wykonywane (pr. uwzględnić poniższą listę)? • Welche Operationen hatten Sie (s. a. Liste)?

- |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> serce • Herz                   | <input type="checkbox"/> udar mózgu • Schlaganfall       | <input type="checkbox"/> nadciśnienie tętnicze • Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> zakrzep • Thrombose             | <input type="checkbox"/> cukrzyca • Zucker     |
| <input type="checkbox"/> tarczycy • Schilddrüse         | <input type="checkbox"/> żołądek • Magen                 | <input type="checkbox"/> woreczek żółciowy • Galle             | <input type="checkbox"/> wątroba • Leber                 | <input type="checkbox"/> żółtaczkę • Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> jelito, kiszka • Darm          | <input type="checkbox"/> wyrostek robaczkowy • Blinddarm | <input type="checkbox"/> hemoroidy • Hämorrhoiden              | <input type="checkbox"/> piers • Brust                   |  |
| <input type="checkbox"/> macica • Gebärmutter           | <input type="checkbox"/> łyżeczkowanie • Ausschabung     | <input type="checkbox"/> cesarskie cięcie • Kaiserschnitt      | <input type="checkbox"/> nerka • Niere                   | <input type="checkbox"/> pęcherz • Blase       |
| <input type="checkbox"/> prostata • Prostata            | <input type="checkbox"/> płuca • Lunge                   | <input type="checkbox"/> astma • Asthma                        | <input type="checkbox"/> zapalenie oskrzeli • Bronchitis | <input type="checkbox"/> nerwy • Nerven        |
| <input type="checkbox"/> mięsień • Muskeln              | <input type="checkbox"/> kości • Knochen                 | <input type="checkbox"/> kręgosłup • Wirbelsäule               | <input type="checkbox"/> stawy • Gelenke                 | <input type="checkbox"/> artroza • Arthrose    |
| <input type="checkbox"/> reumatyzm • Rheuma             | <input type="checkbox"/> złamanie kości • Knochenbruch   | <input type="checkbox"/> skóra • Haut                          | <input type="checkbox"/> oczy • Augen                    | <input type="checkbox"/> nowotwór • Tumor      |
| <input type="checkbox"/> napromieniowanie • Bestrahlung | <input type="checkbox"/> chemioterapia • Chemotherapie   |  |  |  |

05. Jakich leków zażywasz? • Welche Medikamente nehmen Sie derzeit?

06. Są tobie znane alergię które ewentualnie posiadasz? • Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> lekarstwa • Medikamente | <input type="checkbox"/> żywność • Nahrungsmittel |
| <input type="checkbox"/> pyłki • Pollen          | <input type="checkbox"/> inne • andere            |

07. Masz tendencje do • Neigen Sie zu

08. waga ciała • Körpergewicht ..... kg	wzrost • Körpergröße ..... cm
utrata wagi ciała • Gewichtsverlust ..... kg	wzrost wagi ciała • Gewichtszunahme ..... kg
Od kiedy? • Seit wann? .....	

09. Jesteś palonym? • Rauchen Sie? ..... Ile palisz? • Wie viel? .....

10. Ile alkoholu spożywasz? • Wie viel Alkohol trinken Sie? .....

11. Na co byłaś/łeś szczepiona/ny? • Welche Impfungen haben Sie?

dowód szczepień • Impfpass – książeczka zdrowia • Vorsorgeheft – Proszę przynieść dowód szczepień! • Bringen Sie es mit!

12. Choroby dziedziczne, był albo jest w twojej rodzinie ktoś chory na nowotwór albo choroby metaboliczne (na przykład cukrzyca)?  
Gibt es Erb-, Tumor- oder Stoffwechselkrankheiten in der Familie (z. B. Zucker)?

Proszę odwrócić na drugą stronę! • Hinten ist auch noch Platz!

Choroby • Krankheiten

.....

.....

.....

Operacje • Operationen

.....

.....

.....

Lekarstwa • Medikamente

.....

.....

.....

Inne • Sonstiges

.....

.....

.....

Fax +49 (0) 7 11 / 63 323 62

Weitere tip-doc-Materialien und Sprachen unter [www.tipdoc.de](http://www.tipdoc.de) oder faxen Sie einfach diesen Bogen mit Ihrer Bestellung oder Ihren Wünschen.  
Adresse und gewünschte Sprache nicht vergessen!!



Kostenloser Download unter [www.medi-bild.de](http://www.medi-bild.de) **Bild und Sprache e.V.**

setzer  
verlag | Seyfferstraße 53, 70197 stuttgart, [www.setzer-verlag.de](http://www.setzer-verlag.de), [info@setzer-verlag.de](mailto:info@setzer-verlag.de)