

IMIĘ:

NAZWISKO:

WIEK:

DATA URODZENIA:

DATA DZISIAJ:

NAZWA DZISIEJSZEGO DNIA  
[NAZWA] [DNIA] [DZISIAJ]


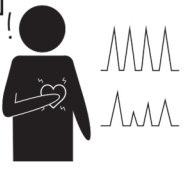
















2+3=

GDZIE TERAZ JESTEŚ?  
[TERAZ] [TY] [GDZIE]?

POLICZ ILE JEST KWADRATÓW  
[KWADRAT] [ILE]?

ILE?

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

1  <input type="checkbox"/> ODDYCHAĆ PROBLEM	2  <input type="checkbox"/> SERCE KOŁATANIE/ BICIE NIERÓWNO	3  <input type="checkbox"/> SŁABA STRONA	4  <input type="checkbox"/> ALERGIA/UCZULENIE	5  <input type="checkbox"/> WYSOKIE CIŚNIENIE	6  <input type="checkbox"/> PADACZKA/DRGAWKI
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"/> KASZEL	CZY 7-11 BYŁO Z KRWIĄ? <input type="checkbox"/> DUŻO  <input type="checkbox"/> MAŁO  <input type="checkbox"/> NIE BYŁO
12  <input type="checkbox"/> GORĄCZKA ILE? <input type="text"/>	13  <input type="checkbox"/> DRESZCZE/ZIMNO	14  <input type="checkbox"/> URAZ	15  <input type="checkbox"/> ZMĘCZENIE	16  <input type="checkbox"/> ZAWROTY GŁOWY/ OMDLЕНИЕ	
17 WPISZ INNE					









**KIEDY ZACZĘŁA SIĘ CHOROBA?**  
[TY] [CHOROBA] [START] [BYŁO] [KIEDY]?



NIEDZIELA SOBOTA PIĄTEK CZWARTEK ŚRODA WTOREK PONIEDZIAŁEK W CZORAJ DZISIAJ TERAZ

 GODZINA?

**CO SIĘ STAŁO?**  
[CO\_SIĘ\_STAC]?

 <input type="checkbox"/> WYPADEK	 <input type="checkbox"/> POTRĄCIĆ	 <input type="checkbox"/> DYM/OPARY/OGIEŃ	 <input type="checkbox"/> URAZ
 <input type="checkbox"/> PRZYGNIĘŚĆ	 <input type="checkbox"/> PRĄD KOPNAĆ	 <input type="checkbox"/> OBLANIE PŁYNEM	 <input type="checkbox"/> WYPADEK PRACA

# CZY COŚ CIĘ BOLI?

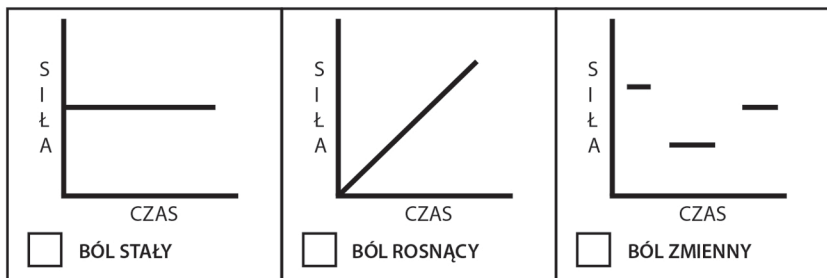
[MASZ] [TY] [BÓL]?



TAK  NIE

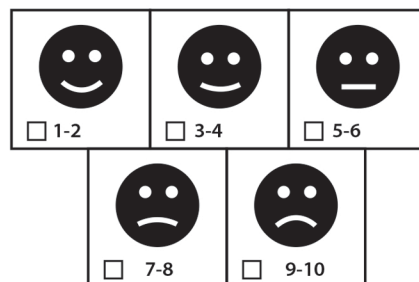
## JAKI JEST TWÓJ BÓL?

[BÓL] [JAKI]?



## JAK SILNY MASZ BÓL?

[TY] [BÓL] [MOCNO] [SŁABO] [JAK]?



## KIEDY ZACZAŁ SIĘ BÓL?

[BÓL] [START] [BYŁO] [KIEDY]?



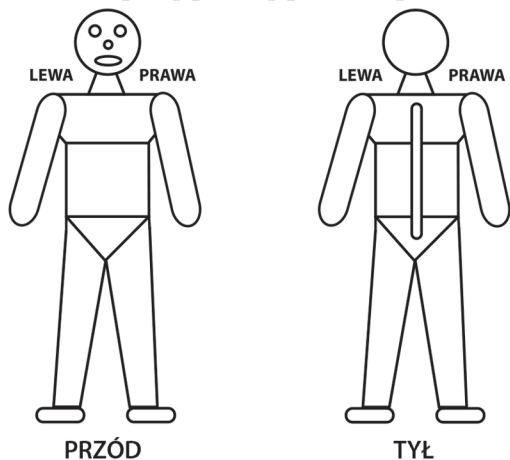
NIEDZIELA   SOBOTA   PIĄTEK   CZWARTEK   ŚRODA   WTOREK   PONIEDZIAŁEK   WCZORAJ   DZISIAJ   TERAZ



GODZINA?

## GDZIE CIĘ BOLI?

[TY] [BÓL] [GDZIE]?



## JAKI TY MASZ BÓL?

[BÓL] [JAKI]?

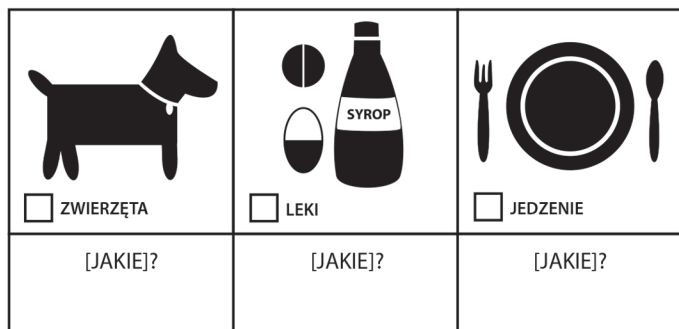


## CZY TY MASZ ALERGIĘ?

[ALERGIĘ] [MASZ]?



TAK  NIE



## CZY BRAŁEŚ

NARKOTYK/  
DOPALACZE?

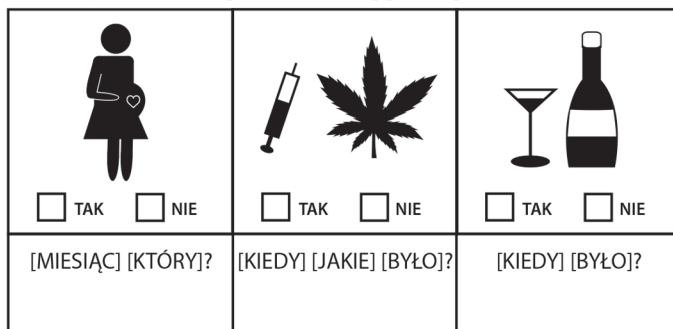
[NARKOTYKI]  
[DOPALACZE] [BYŁO]?

PIŁEŚ  
ALKHOL?

[ALKOHOL]  
[BYŁO]?






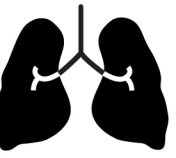










CZY JESTEŚ  
W CIĄŻY?

[CIĄŻA] [TY]?










# JAKIE MASZ CHOROBY?

[TY] [CHORY] [MASZ] [CO]?

 <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] [CO]?	

# 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  
[NAZWA] [LEKI] JAKIE?]

# KIEDY OSTATNIO JADŁEŚ?

[TY] [JEŚĆ] [BYŁO] [KIEDY]?




NIEDZIELA
  SOBOTA
  PIĄTEK
  CZWARTEK
  ŚRODA
  WTOREK
  PONIEDZIAŁEK
  W CZORAJ
  DZISIAJ
  TERAZ


 GODZINA?

# KIEDY OSTATNIO PIŁEŚ?

[TY] [PIĆ] [BYŁO] [KIEDY]?



NIEDZIELA
  SOBOTA
  PIĄTEK
  CZWARTEK
  ŚRODA
  WTOREK
  PONIEDZIAŁEK
  W CZORAJ
  DZISIAJ
  TERAZ

 GODZINA?



**CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA SZPITAL?**  
[TY] [ZGODA] [ZOSTAĆ] [SZPITAL]?

TAK  NIE



**CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA OTRZYMANIE LEKÓW?**  
[TY] [ZGODA] [OTRZYMAĆ] [LEKI]?

TAK  NIE



**CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA OTRZYMANIE ZASTRZYKÓW?**  
[TY] [ZGODA] [OTRZYMAĆ] [ZASTRZYK]?

TAK  NIE



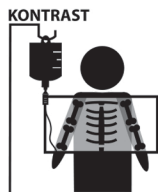
**CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA SZYCIE RAN?**  
[TY] [ZGODA] [OTRZYMAĆ] [SZYCIE]?

TAK  NIE



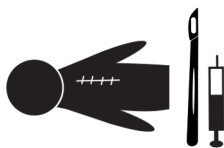
**CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA OTRZYMANIE KRWI?**  
[TY] [ZGODA] [OTRZYMAĆ] [KREW]?

TAK  NIE



**CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA RTG, TOMOGRAF I KONTRAST?**  
[TY] [ZGODA] [RTG] [TOMOGRAF] [KONTRAST]?

TAK  NIE



**CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA ZNIECZULENIE I OPERACJĘ?**  
[TY] [ZGODA] [ZNIECZULENIE] [OPERACJA]?

TAK  NIE



**CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA CEWNIK?**  
[TY] [ZGODA] [CEWNIK]?

TAK  NIE



**CZY CHCESZ TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO?**  
[TY] [TŁUMACZ] [JĘZYK] [MIGOWY] [CHCIEĆ]?

TAK  NIE



**WPISZ NUMER TELEFONU I ADRES RODZINY**  
[TWÓJ] [RODZINA] [TELEFON/ADRES] [WPISZ]