

## ANKIETA- KROPLÓWKI

Kroplówki witaminowe są suplementami diety podawanymi dożylnie. Ich zadaniem jest uzupełnienie witamin, minerałów, aminokwasów, czyli substancji niezbędnych do zachowania zdrowia i właściwego funkcjonowania naszego organizmu.

Skład kroplówki jest dobierany zależnie od stanu zdrowia pacjenta i zgłaszanych przez niego dolegliwości. **Wszystkie preparaty i płyny infuzyjne są zarejestrowane w obiegu farmaceutycznym na terenie Polski.**

Celem doboru optymalnego stadu kroplówki prosimy o rzetelne wypełnienie ankiety.

Wszelkie pytania i wątpliwości należy kierować do lekarza. Wskazane poniżej informacje stanowią część dokumentacji medycznej i objęte są tajemnicą zawodową.

---

Imię i nazwisko ..... Waga (kg): .....

PESEL ..... Wzrost (cm): .....

### Proszę o dokładne zapoznanie się z pytaniami i zaznaczenie właściwej odpowiedzi:

1. Czy jest Pan/i pod stałą opieką lekarza z powodu przewlekłej choroby?

nie      tak      z jakiego powodu .....

2. Czy był/a Pan/i leczony/a w szpitalu w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

nie      tak      z jakiego powodu .....

3. Czy cierpi Pan/i na choroby serca? (przebyty zawał serca, choroba niedokrwienność, duszność, wysiłkowa, zaburzenia rytmu serca, wady serca)

nie      tak      nie wiem

4. Czy cierpi Pan/i na choroby układu krążenia? (nadciśnienie tętnicze, niskie ciśnienie krwi, częste omdlenia, żylaki kończyn, hemofilia, anemia, zapalenie żył, zaburzenia krzepnięcia)

nie      tak      nie wiem

5. Czy ma Pan/i alergię/uczulenia? (leki, antybiotyki, pokarmy, pyłki roślin, jodynę, plaster, inne substancje)

nie      tak      nie wiem

6. Czy choruje Pan/i na choroby płuc i dróg oddechowych? (zapalenia oskrzeli, rozedma, astma, zapalenie płuc, kaszel)

nie      tak      nie wiem

7. Czy cierpi Pan/i na choroby nerek i układu moczowego?

nie      tak      nie wiem

8. Czy cierpi Pan/i na choroby układu nerwowego? (niedowład, depresja, nerwica)

nie      tak      z jakiego powodu

9. Czy cierpi Pan/i na choroby układu trawiennego i wątroby? (wrzody żołądka lub dwunastnicy, jelita grubego, biegunki, żółtaczkę, refluks)

nie      tak      z jakiego powodu

10. Czy choruje Pan/i na choroby przemiany materii i choroby tarczycy? (cukrzyca, dna moczanowa, niedoczynność/nadczynność tarczycy, nadnerczy, przysadki, wole)

nie      tak      nie wiem

11. Czy choruje Pan/i na schorzenia mięśni, kości i stawów? (miastenia, dystrofia, wiotkość, przepukliny, choroby kręgosłupa, reumatoidalne zapalenie stawów, zmiany zwyrodnieniowe)

nie      tak      nie wiem

12. Czy występują u Pana/i choroby oczu? (jaskra, zaćma, wady wzroku, szkła kontaktowe)

nie      tak      nie wiem

13. Czy cierpi Pan/i na choroby genetyczne lub występowały takie w rodzinie?

nie      tak      nie wiem      Jeśli tak, to jaka

14. Czy ma Pan/i uszkodzoną jamę ustną? (chwiejące się zęby, aparat ortodontyczny, proteza, wady zgryzu, rozszczep podniebienia)

nie      tak      nie wiem

15. Inne schorzenia?

nie      tak      jakie?

16. Czy jest Pani w ciąży?

nie      tak      w którym tygodniu?

17. Czy zażywa Pan/i na stałe jakieś leki?

nie      tak      jakie?

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.

Warszawa, dnia

Podpis Pacjenta