

Formularz wizyty I razowej

GŁOWA:

- bóle: -TAK; jak często?.....
-NIE,
- zawroty głowy: -TAK; jak często?.....
-NIE,
- utraty przytomności: -TAK; jak często?.....
-NIE
- inne uwagi:.....

TARCZYCA:

- zdrowa:
- leczona: niedoczynność – Euthyrox(dawka?):.....
nadczynność – Metizol(dawka?):.....
- inne:.....

PŁUCA:

- zdrowe
- leczone: ASTMA
POCHP
- inne:.....

SERCE:

- kołatania, arytmie: -TAK; jak często?.....
-NIE
- bóle w klp. -TAK; jak często?.....
-NIE
- duszności: -TAK; jak często?....., w jakiej sytuacji?.....
-NIE
- inne:.....

JAMA BRZUSZNA:

- objawy/dolegliwości:.....
.....
.....

OPERACJE (jakie?, kiedy?):

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

ŻYLAKI kończyn dolnych: -TAK;.....
-NIE

PAPIEROSY (ile?, jak długo?):-TAK;.....
- NIE

WYWIAD RODZINNY (wiek?, choroby?):

mama:.....
tata:.....
rodzeństwo:.....

GŁÓWNE DOLEGLIWOŚCI/OBJAWY:

.....
.....
.....
.....