



Str.	Zespół Sanatoryjno-Szpitalny Rehabilitacji Narządu Ruchu „Gwarek”	Imiona
Dz.	<b>KARTA PACJENTA</b> (wypełnia pacjent)	Nazwisko
Nr Fm/04/08		PESEL
W: 21.05.14r.		Oddział:
<b>CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE</b> (zaznaczyć krzyżykiem)		<b>UWAGI</b>
Choroba niedokrwienna serca (tzw. wieńcowa)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
Niewydolność serca/krążenia	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
Zaburzenia rytmu i przewodzenia (arytmie serca)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
Nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
Astma oskrzelowa/POChP	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
Cukrzyca	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
Choroby tarczycy-jakie?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
Choroba wrzodowa żołądka i/lub dwunastnicy	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
Zakrzepica (zapalenie) żył głębokich/zator płuc	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
Żylaki kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
Grzybica skóry / paznokci stóp / paznokci rąk	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
Rana / owrzodzenie / odleżyna-gdzie?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
Choroby nowotworowe ? Jakie ?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
Inne choroby? Jakie ?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	

POBYTY W SZPITALACH/OPERACJE- przyczyna	Nazwa oddziału:		Termin pobytu:
CZY MA PANI /PAN WSZCZEPIONE	Typ:	Data operacji	Okolica ciała:
<input type="checkbox"/> rozrusznika serca/kardiowerter-stymulator			
<input type="checkbox"/> endoprotezy			
<input type="checkbox"/> części metalowe (śruby, płyty, druty, gwoździe)			
<input type="checkbox"/> stenty lub by-passy			
<input type="checkbox"/> zastawki (serca, mózgu)			
<input type="checkbox"/> inne urządzenia, np. stymulator mózgu			

**CZY JEST PANI/PAN UCZULONA?**  Nie  Tak na co?.....

**CZY JEST PANI W CIĄŻY ?**  Nie  Tak w którym miesiącu?.....

DATA.....

PODPIS PACJENTA.....