

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  ☐ ODDYCHAĆ PROBLEM	2  ☐ SERCE KOŁATANIE/ BICIE NIERÓWNO	3  ☐ SŁABA STRONA	4  ☐ ALERGIA/UCZULENIE	5  ☐ WYSOKIE CIŚNIENIE	6  ☐ PADACZKA/DRGAWKI
7  ☐ BIEGUNKA	8  ☐ ZATWARDZENIE	9  ☐ WYMIOTY	10  ☐ SIKĄĆ PROBLEM	11  ☐ KASZEL	CZY 7-11 BYŁO Z KRWIĄ? ☐ DUŻO  ☐ MAŁO  ☐ NIE BYŁO
12  ☐ GORĄCZKA ILE?	13  ☐ DRESZCZE/ZIMNO	14  ☐ URAZ	15  ☐ ZMĘCZENIE	16  ☐ ZAWROTY GŁOWY/ OMDLENIE	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_STAĆ]?

 ☐ WYPADEK	 ☐ POTRĄCIC	 ☐ DYM/OPARY/OGIEŃ	 ☐ URAZ
 ☐ PRZYGNIEŚĆ	 ☐ PRĄD KOPNĄĆ	 ☐ OBLANIE PŁYNEM	 ☐ WYPADEK PRACA

CZY COŚ CIĘ BOLI?



[MASZ] [TY] [BÓL]?

☐

TAK

☐

NIE

JAKI JEST TWÓJ BÓL?

[BÓL] [JAKI]?

S I Ł A CZAS ☐ BÓL STAŁY	S I Ł A CZAS ☐ BÓL ROSNĄCY	S I Ł A CZAS ☐ BÓL ZMIENNY
--	--	--

JAK SILNY MASZ BÓL?

[TY] [BÓL] [MOCNO] [SŁABO] [JAK]?

☐ 1-2	☐ 3-4	☐ 5-6
☐ 7-8	☐ 9-10	

KIEDY ZACZĄŁ SIĘ BÓL?

[BÓL] [START] [KIEDY]?



☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
NIEDZIELA	SOBOTA	PIĄTEK	CZWARTEK	ŚRODA	WTOREK	PONIEDZIAŁEK	WCZORAJ	DZISIAJ	TERAZ	



GODZINA?

GDZIE CIĘ BOLI?

[TY] [BÓL] [GDZIE]?

PRAWA LEWA PRZÓD	LEWA PRAWA TYŁ
--------------------------------	------------------------------

JAKI TY MASZ BÓL?

[BÓL] [JAKI]?

☐ PIEKĄCY	☐ KŁUJĄCY	☐ GNIOTĄCY
☐ PROMIENIUJĄCY	☐ PRZESZYWAJĄCY	☐ PULSUJĄCY

CZY TY MASZ ALERGIĘ?

[ALERGIĘ] [MASZ]?


☐

TAK

☐

NIE

☐ ZWIERZĘTA	☐ LEKI	☐ JEDZENIE
[JAKIE]?	[JAKIE]?	[JAKIE]?

CZY BRAŁEŚ

NARKOTYK/
DOPALACZE?

[NARKOTYKI]
[DOPALACZE] [BYŁO]?

PIŁEŚ
ALKHOL?

[ALKOHOL]
[BYŁO]?

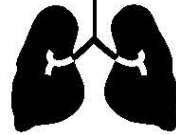
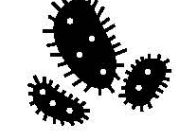
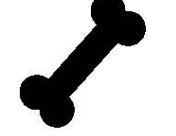
CZY JESTEŚ
W CIĄŻY?

[CIĄŻA] [TY]?

☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE
[MIESIĄC] [KTÓRY]?	[KIEDY] [JAKIE] [BYŁO]?	[KIEDY] [BYŁO]?

JAKIE MASZ CHOROBY?

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

 ☐ ŻOŁĄDEK	 ☐ TRZUSTKA	 ☐ WĄTROBA	 ☐ MÓZG	 ☐ NERKI	 ☐ PŁUCA
 ☐ SERCE	 ☐ JELITA	 ☐ ŻYŁY I KREW	 ☐ RAK/NOWOTWÓR	 ☐ PADACZKA/DRGAWKI	 ☐ ASTMA/POCHP
 ☐ BAKTERIE/WIRUSY	 ☐ CUKRZYCA/ CUKIER WYSOKI	 ☐ CIŚNIENIE	 ☐ KOŚCI	JAKIE MASZ INNE CHOROBY? [TY] [CHORY] [INNE] [CO]?	

JAKIE BIERZESZ LEKI?

[TY] [LEKI] [JEŚĆ] [JAKIE]?

 ☐ SERCE	 ☐ CIŚNIENIE	 ☐ PADACZKA/DRGAWKI	 ☐ ASTMA/POCHP
 ☐ DEPRESJA/ PSYCHIATRA	 ☐ CUKRZYCA/ CUKIER WYSOKI	 ☐ ŻYŁY I KREW	 ☐ BÓL

WPISZ NAZWY LEKÓW
[NAZWA] [LEKI] JAKIE?

KIEDY OSTATNIO JADŁEŚ?

[TY] [JEŚĆ] [KIEDY]?



☐ NIEDZIELA
 ☐ SOBOTA
 ☐ PIĄTEK
 ☐ CZWARTEK
 ☐ ŚRODA
 ☐ WTOREK
 ☐ PONIEDZIAŁEK
 ☐ WCZORAJ
 ☐ DZISIAJ
 ☐ TERAZ



GODZINA?

KIEDY OSTATNIO PIŁEŚ?

[TY] [PIĆ] [KIEDY]?



☐ NIEDZIELA
 ☐ SOBOTA
 ☐ PIĄTEK
 ☐ CZWARTEK
 ☐ ŚRODA
 ☐ WTOREK
 ☐ PONIEDZIAŁEK
 ☐ WCZORAJ
 ☐ 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?**

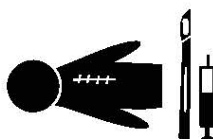
[TY] [ZGODA] [OTRZYMAĆ] [SZYCIE]?

☐ 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]