

IMIĘ:

NAZWISKO:

WIEK:

DATA URODZENIA:

JAK SIĘ CZUJESZ?
[TY] [TERAZ] [CZUĆ_SIĘ] [JAK]?

1 <input type="checkbox"/> KASZEL	2 <input type="checkbox"/> KATAR/KICHANIE	3 <input type="checkbox"/> BÓL GARDŁA	4 <input type="checkbox"/> GORĄCZKA	5 <input type="checkbox"/> DRESZCZE/ZIMNO
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"/> URAZ
12 <input type="checkbox"/> ZMĘCZENIE	13 <input type="checkbox"/> ZAWROTY GŁOWY/ OMDLENIE	14 <input type="checkbox"/> PROBLEMY SEN	15 <input type="checkbox"/> SMUTEK	16 <input type="checkbox"/> ZDENERWOWANIE
17 <input type="checkbox"/> SERCE KOŁATANIE/ BICIE NIERÓWNO	18 <input type="checkbox"/> WYSOKIE CIŚNIENIE	19 <input type="checkbox"/> ALERGIA/ UCZULENIE	20 <input type="checkbox"/> ODDYCHAĆ PROBLEM	21 <input type="checkbox"/> BÓL

INNE WPISZ:

Z CZYM MASZ TERAZ PROBLEM?
[TY] [CHORY] [JAK_WYGLĄDAĆ]?

 <input type="checkbox"/> TWARZ	 <input type="checkbox"/> USTA	 <input type="checkbox"/> OCZY	 <input type="checkbox"/> WĄTROBA	 LEWA PRAWA TYŁ	 <input type="checkbox"/> KOŚCI
 <input type="checkbox"/> MÓZG	 LEWA PRAWA PRZÓD	 <input type="checkbox"/> NOS	 <input type="checkbox"/> TRZUSTKA		 <input type="checkbox"/> NERKI
 <input type="checkbox"/> SERCE		 <input type="checkbox"/> UCHO	 <input type="checkbox"/> ŻOŁĄDEK		 <input type="checkbox"/> KRĘGOSŁUP
 <input type="checkbox"/> PŁUCA		 <input type="checkbox"/> JELITA	 <input type="checkbox"/> POCHWA	 <input type="checkbox"/> PENIS	 <input type="checkbox"/> ODBYT

 TAK	 NIE	 ROZUMIEĆ	 NIE ROZUMIEĆ	 ZGODA	 NIE ZGODA	 NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
---------	---------	--------------	------------------	-----------	---------------	---

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

NIEDZIELA SOBOTA PIĄTEK CZWARTEK ŚRODA WTOREK PONIEDZIAŁEK W CZORAJ DZISIAJ TERAZ

DATA? GODZINA?

JAK CZĘSTO MASZ OBJAWY CHOROBY? [TY] [CHORY] [JAK] [CZĘSTO]? [ILE] [RAZY]?

 <input type="checkbox"/> RAZ NA DZIEŃ	 <input type="checkbox"/> KILKA DZIEŃ ILE? <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> CAŁY DZIEŃ	 <input type="checkbox"/> RAZ NA MIESIĄC	 <input type="checkbox"/> KILKA MIESIĄC ILE? <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> CAŁY MIESIĄC
---	---	---	---	---	---

CODZIENNIE

NIEDZIELA PONIEDZIAŁEK WTOREK ŚRODA CZWARTEK PIĄTEK

KILKA W TYGODNIU ILE?

CO ROBIŁEŚ, KIEDY ZACZĘŁA SIĘ CHOROBA? [TY] [CHOROBA] [ZACZYNAĆ] - [TY] [ROBIĆ] [CO]?

 <input type="checkbox"/> JEDZENIE	 <input type="checkbox"/> SEN	 <input type="checkbox"/> PRACA	 <input type="checkbox"/> NERWY	 <input type="checkbox"/> WYPADEK PRACA
 <input type="checkbox"/> ALKOHOL	 <input type="checkbox"/> LEKI	 <input type="checkbox"/> ZIMNA TEMPERATURA	 <input type="checkbox"/> GORĄCA TEMPERATURA	

INNE WPISZ:

JAK ZMIENIA SIĘ CHOROBA? [TY] [CHOROBA] [ZMIANA] [JAK_WYGLĄDA]?

 <input type="checkbox"/> CHOROBA STAŁA	 <input type="checkbox"/> CHOROBA ROSNĄCA	 <input type="checkbox"/> CHOROBA ZMIENNA
--	--	--

JAK SILNY MASZ BÓL? [TY] [BÓL] [MOCNO] [SŁABO] [JAK]?

 <input type="checkbox"/> 1-2	 <input type="checkbox"/> 3-4	 <input type="checkbox"/> 5-6	 <input type="checkbox"/> 7-8	 <input type="checkbox"/> 9-10
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

JAKI TY MASZ BÓL? [TY] [BÓL] [JAK_WYGLĄDA]?

 <input type="checkbox"/> PIEKĄCY	 <input type="checkbox"/> KŁUJĄCY	 <input type="checkbox"/> GNIOTĄCY
 <input type="checkbox"/> PROMIENUJĄCY	 <input type="checkbox"/> PRZESZYWAJĄCY	 <input type="checkbox"/> PULSUJĄCY

CZY BRAŁEŚ JAKIEŚ LEKI? [TY] [BYŁO] [JEŚĆ] [LEK]?

TAK NIE

NAZWA:

CZUŁEŚ SIĘ LEPIJ PO LEKACH? [TY] [LEKARSTWO] [JEŚĆ] - [PO] [BYŁO] [CZUĆ_SIE] [LEPIJ]?





TAK NIE

<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ROZUMIEĆ	<input type="checkbox"/> NIE ROZUMIEĆ	<input type="checkbox"/> ZGODA	<input type="checkbox"/> NIE ZGODA	<input type="checkbox"/> NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--

GŁOWA, NARZĄDY ZMYŚLÓW I PSYCHIKA



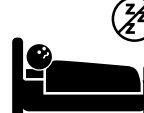



GDZIE CIĘ BOLI GŁOWA?

[TY] [GŁOWA] [BÓL] [GDZIE?]

 <input type="checkbox"/> PRZÓD	 <input type="checkbox"/> GÓRA	 <input type="checkbox"/> TYŁ	 <input type="checkbox"/> BOK
---	--	---	---




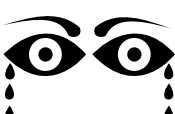




JAKIE MASZ OBJAWY?

[CO SIĘ DZIEJE?]

 <input type="checkbox"/> ZMĘCZENIE	 <input type="checkbox"/> SMUTEK	 <input type="checkbox"/> PROBLEMY SEN	 <input type="checkbox"/> NERWY
 <input type="checkbox"/> ZAPOMINAĆ	 <input type="checkbox"/> ALKOHOL PIĆ DUŻO		

JAKIE MASZ OBJAWY?

[CO SIĘ DZIEJE?]





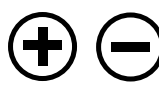

 OKULARY TY MASZ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	 <input type="checkbox"/> WIDZIEĆ ŹLE	
 <input type="checkbox"/> WIDZIEĆ PODWÓJNIE	 <input type="checkbox"/> DUŻO ŁEZ	 <input type="checkbox"/> SUCHE OKO
 <input type="checkbox"/> KREW Z NOSA	 <input type="checkbox"/> ODDYCHAĆ NOS PROBLEM	 <input type="checkbox"/> NIE CZUĆ ZAPACH

UKŁAD POKARMOWY

 <input type="checkbox"/> NIE CHCIEĆ JEŚĆ	 <input type="checkbox"/> CHCIEĆ DUŻO JEŚĆ	 <input type="checkbox"/> ZGAGA	 <input type="checkbox"/> WZDĘCIA	 <input type="checkbox"/> BÓL JEŚĆ	
 <input type="checkbox"/> WYMIOTY	KREW BYŁA? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE ILE RAZY?: <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> NUDNOŚCI	 <input type="checkbox"/> ZATWARDZENIE	 <input type="checkbox"/> HEMOROIDY/ KREW Z ODBYT	KREW BYŁA?  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE BIEGUNKA ILE RAZY?: <input type="text"/> BIEGUNKA JAKI KOLOR?: <input type="text"/>

UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY

 MOCZ/SIKI JAK WYGLĄDAĆ? KOLOR: <input type="checkbox"/> NORMALNY <input type="checkbox"/> INNY <input type="text"/> ZAPACH: <input type="checkbox"/> NORMALNY <input type="checkbox"/> INNY <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> SIKAĆ DUŻO/CZĘSTO	 <input type="checkbox"/> SIKAĆ MAŁO	 <input type="checkbox"/> SIKAĆ BÓL	 <input type="checkbox"/> NIE SIKAĆ
 <input type="checkbox"/> SIKAĆ W NOCY	 <input type="checkbox"/> SIKAĆ NAGLE MUSI	 <input type="checkbox"/> NIE TRZYMAĆ SIKI	 <input type="checkbox"/> SEKS PROBLEM	

 TAK	 NIE	 ROZUMIEĆ	 NIE ROZUMIEĆ	 ZGODA NIE ZGODA	 NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
--	--	---	---	--	---

UKŁAD ENDOKRYNNY

 <input type="checkbox"/> WAGA WIĘCEJ	 <input type="checkbox"/> WAGA MNIEJ	 <input type="checkbox"/> NERWY	 <input type="checkbox"/> ZMĘCZENIE	 <input type="checkbox"/> DUŻO PIĆ
 <input type="checkbox"/> SIKAĆ DUŻO/ CZĘSTO	 <input type="checkbox"/> WYPADAĆ WŁOSY	 <input type="checkbox"/> DUŻO SIĘ POCIĆ	 <input type="checkbox"/> ZIMNO	

UKŁAD ODDECHOWY

 <input type="checkbox"/> KASZEL SUCHY	 <input type="checkbox"/> KASZEL MOKRY (FLEGMA)
KREW BYŁA? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE ILE RAZY?: FLEGMA JAKI KOLOR?: <input type="checkbox"/> ODDYCHAĆ PROBLEM	

UKŁAD KRĄŻENIA

 <input type="checkbox"/> BÓL	 <input type="checkbox"/> WYSOKIE CIŚNIENIE	 <input type="checkbox"/> SERCE KOŁATANIE/ BICIE NIERÓWNO	 <input type="checkbox"/> SZYBKIE BICIE	 <input type="checkbox"/> WOLNE BICIE
 <input type="checkbox"/> SPUCHNIĘCIE NÓG	 <input type="checkbox"/> ZIMNE NOGI I RĘCE	 <input type="checkbox"/> BÓL CHODZIĆ	 <input type="checkbox"/> ŻYŁAKI	

INNE

 <input type="checkbox"/> POCIĆ SIĘ NOC	 <input type="checkbox"/> PIERSI GUZ	 <input type="checkbox"/> MLEKO/PŁYN/ KREW Z PIERSI
 <input type="checkbox"/> JĄDRO GUZ	 <input type="checkbox"/> PIEPRZ ROŚNIE BÓL/ZMIANA WYGLĄD	

**CZY TY MASZ ALERGIĘ?
[ALERGIĘ MASZ?]**
 TAK NIE
 WPISZ NAZWA:

**CZY JESTEŚ W CIĄŻY?
[CIAŻA TY?]**
 TAK NIE
 MIESIĄC KTÓRY?:

**INNY DOKTOR
CHODZISZ TY?**
 TAK NIE
 WPISZ:

SZPITAL BYŁO?
 TAK NIE
 DLACZEGO WPISZ:

OPERACJA BYŁO?
 TAK NIE
 DLACZEGO WPISZ:

PIŁEŚ ALKOHOŁ?
 TAK NIE

MIESZKASZ Z KIM?
 SAM
 Z RODZINĄ

CHOROBY TWOJEJ RODZINY?

MAMA/ TATA: DZIECI:

BRAT: SIOSTRA:

PIWO
 ILE ? TYDZIEŃ

WINO
 ILE ? TYDZIEŃ

**CZY BRAŁEŚ NARKOTYKI/
DOPALACZE?**
 TAK NIE
 NAZWA JAKIE: ILE RAZY?:

PALIĆ TY?
 TAK NIE
 WIEK START: ILE ? DZIEŃ

WÓDKA
 ILE ? TYDZIEŃ

 TAK	 NIE	 ROZUMIEĆ	 NIE ROZUMIEĆ	 ZGODA NIE ZGODA	 NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
---------	---------	--------------	------------------	---------------------	---

JAKIE MASZ CHOROBY? [TY] [CHOROBA] [JAK] [WYGLĄDAĆ]?

 <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] [JAK_WYGLĄDAĆ]?	

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









CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA BADANIE? [TY] [BADANIE] [ZGODA]?

TAK NIE

 PROSZĘ SIĘ ROZEBRAĆ	 ODDYCHAJ GŁĘBOKO	 POŁÓŻ SIĘ	 BADANIE CIŚNIENIA	 EKG
 OTWÓRZ/ZAMKNIJ OCZY	 BADANIE UCHA	 OTWÓRZ USTA	 BADANIE ODBYT	

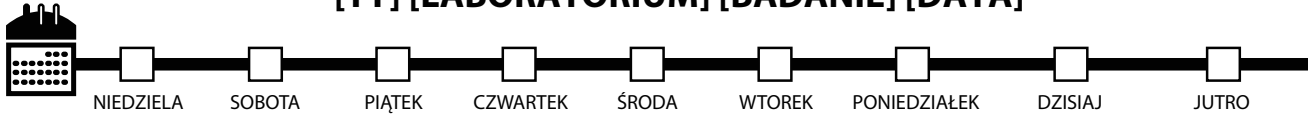
 TAK	 NIE	 ROZUMIEĆ	 NIE ROZUMIEĆ	 ZGODA NIE ZGODA	 NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
--	--	---	---	--	---

POTRZEBUJESZ BADAŃ
[TY] [MUSIEĆ] [ZROBIĆ] [BADANIA] [INNE]


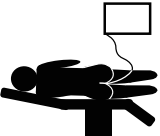



 NIE JEDZ!	 NIE PIJ!	 LEKI ZJEDZ NORMALNIE	 INSULINA NIE BRAĆ!	 7 RANO	 BADANIE KRWI	 BADANIE MOCZU	 BADANIE KAŁU
---	--	--	--	--	--	---	--

WEŹ Z DOMU:

[TY] [LABORATORIUM] [BADANIE] [DATA]













POTRZEBUJESZ BADAŃ
[TY] [MUSIEĆ] [ZROBIĆ] [BADANIA] [INNE]

 USG	 KOLONOSKOPIA	 RTG	 MAMMOGRAFIA	 GASTROSKOPIA
---	--	---	--	--

ZALECENIA

 DNI ZOSTAŃ W ŁÓŻKU	 ALKOHOL STOP	 PAPIEROSY STOP	 ĆWICZENIA	 CUKIER ZAPISUJ	 CIŚNIENIE ZAPISUJ	DATA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GODZINA <input type="text"/> <input type="text"/> WRÓĆ KONTROLA
 PRZYNIEŚ DOKUMENTY SZPITAL	 PRZYNIEŚ NAZWY LEKÓW	 PRZYNIEŚ ZAPIS CIŚNIENIE /CUKIER	 MUSISZ JECHAĆ SZPITAL POCZEKAJ	DATA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GODZINA <input type="text"/> <input type="text"/> PRZYJDŹ ZASTRZYK PRZYCHODNIA	 PIELĘGNIARKA BĘDZIE ZASTRZYK W TWÓJ DOM	 ZWOLNIENIE LEKARSKIE






RECEPTA






NAZWA						
GODZINA						
GODZINA						
GODZINA						
GODZINA						

INNY LEKARZ SKIEROWANIE:

[JA DAĆ CI] [SKIEROWANIE] [INNY] [LEKARZ]:



- KARDIOLOG 
- CHIRURG 
- ONKOLOG 
- NEFROLOG 
- SZPITAL 

- PSYCHIATRA 
- PULMONOLOG 
- GASTROENTEROLOG 
- NEUROLOG 
- DERMATOLOG 

<input checked="" type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input checked="" type="checkbox"/> ROZUMIEĆ	<input type="checkbox"/> NIE ROZUMIEĆ	<input checked="" type="checkbox"/> ZGODA	<input type="checkbox"/> NIE ZGODA	<input type="checkbox"/> NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
--	-------------------------------------	---	--	--	---	---