

IMIĘ:

NAZWISKO:

WIEK:

DATA URODZENIA:

DATA DZISIAJ:

NAZWA DZISIEJSZEGO DNIA
[NAZWA] [DNIA] [DZISIAJ]


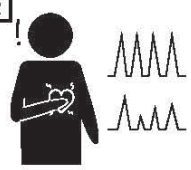
















2+3=

GDZIE TERAZ JESTEŚ?
[TERAZ] [TY] [GDZIE]?

POLICZ ILE JEST KWADRATÓW
[KWADRAT] [ILE]?

ILE?

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

1  <input type="checkbox"/> ODDYCHAĆ PROBLEM	2  <input type="checkbox"/> SERCE KOŁATANIE/ BICIE NIERÓWNO	3  <input type="checkbox"/> SŁABA STRONA	4  <input type="checkbox"/> ALERGIA/UCZULENIE	5  <input type="checkbox"/> WYSOKIE CIŚNIENIE	6  <input type="checkbox"/> PADACZKA/DRGAWKI
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"/> KASZEL	CZY 7-11 BYŁO Z KRWIĄ? <input type="checkbox"/> DUZO  <input type="checkbox"/> MAŁO  <input type="checkbox"/> NIE BYŁO
12  <input type="checkbox"/> GORĄCZKA ILE? <input type="text"/>	13  <input type="checkbox"/> DRESZCZE/ZIMNO	14  <input type="checkbox"/> URAZ	15  <input type="checkbox"/> ZMĘCZENIE	16  <input type="checkbox"/> ZAWROTY GŁOWY/ OMDLENIE	

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


 NIEDZIELA
 SOBOTA
 PIĄTEK
 CZWARTEK
 ŚRODA
 WTOREK
 PONIEDZIAŁEK
 WCZORAJ
 DZISIAJ
 TERAZ

GODZINA?

CO SIĘ STAŁO?
[CO_SIĘ_STAĆ]?

 <input type="checkbox"/> WYPADEK	 <input type="checkbox"/> POTRĄCIC	 <input type="checkbox"/> DYM/OPARY/OGIEN	 <input type="checkbox"/> URAZ
 <input type="checkbox"/> PRZYGNIEŚĆ	 <input type="checkbox"/> PRĄD KOPNAĆ	 <input type="checkbox"/> OBLANIE PŁYNEM	 <input type="checkbox"/> WYPADEK PRACA

CZY COŚ CIĘ BOLI?

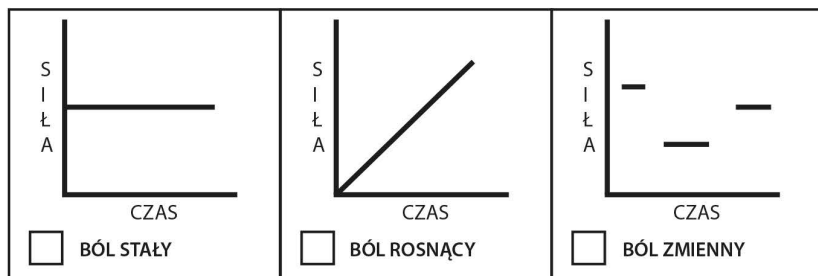


[MASZ] [TY] [BÓL]?

TAK NIE

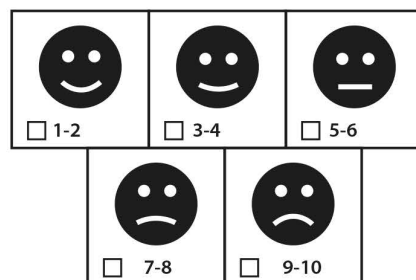
JAKI JEST TWÓJ BÓL?

[BÓL] [JAKI]?



JAK SILNY MASZ BÓL?

[TY] [BÓL] [MOCNO] [SŁABO] [JAK]?



KIEDY ZACZAŁ SIĘ BÓL?

[BÓL] [START] [KIEDY]?



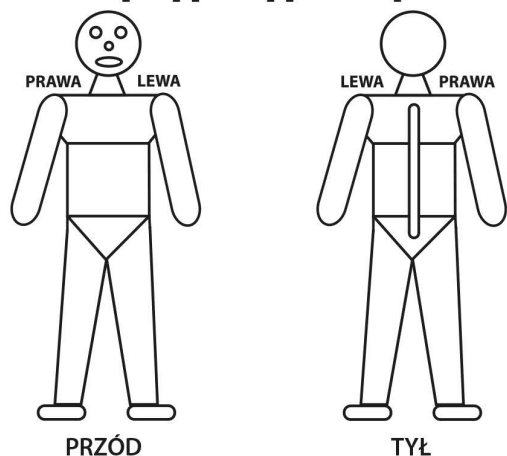
NIEDZIELA SOBOTA PIĄTEK CZWARTEK ŚRODA WTOREK PONIEDZIAŁEK W CZORAJ DZISIAJ TERAZ



GODZINA?

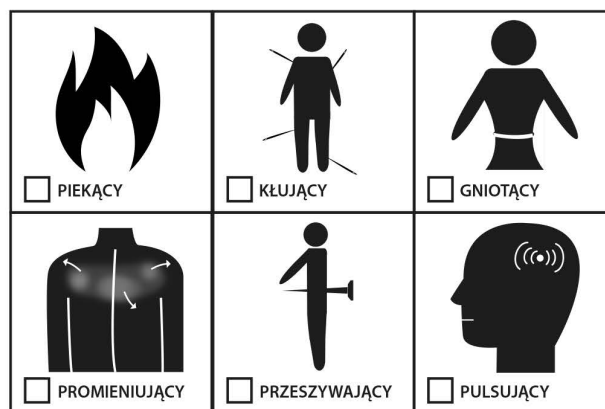
GDZIE CIĘ BOLI?

[TY] [BÓL] [GDZIE]?



JAKI TY MASZ BÓL?

[BÓL] [JAKI]?

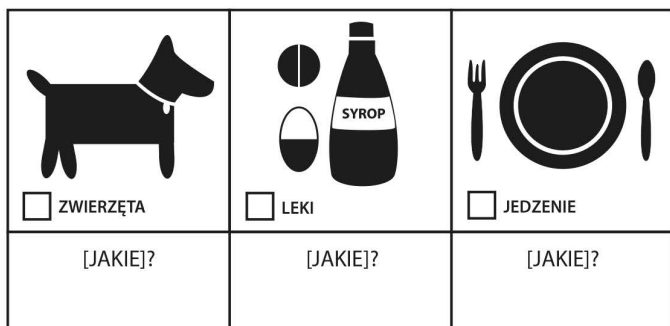


CZY TY MASZ ALERGIĘ?

[ALERGIĘ] [MASZ]?



TAK NIE



CZY BRAŁEŚ

NARKOTYK/
DOPALACZE?

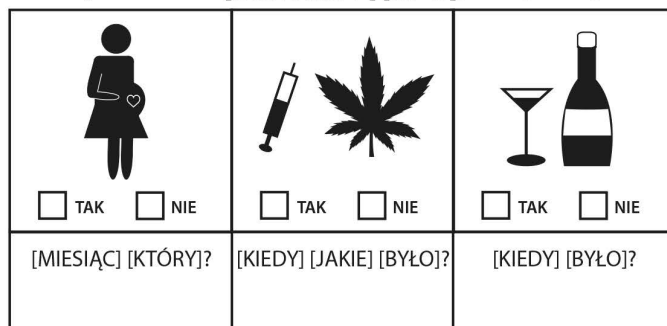
[NARKOTYKI]
[DOPALACZE] [BYŁO]?

PIŁEŚ
ALKHOL?

[ALKHOL]
[BYŁO]?






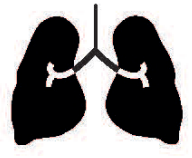






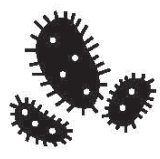


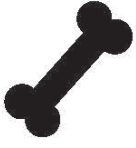
CZY JESTEŚ
W CIĄŻY?

[CIĄŻA] [TY]?



JAKIE MASZ CHOROBY?

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

 <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] [CO]?	

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
[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]?

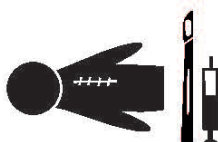
TAK NIE



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]