

Körperliche Untersuchung des Patienten

Vorname und Name der untersuchten Person:.....

Körperliche Untersuchung:.....

Beschwerden des/der Untersuchten:.....

Polnisch	Deutsch	JA	NEIN	BESCHREIBUNG
Urazy czaszki	Schädeltrauma			
Urazy układu ruchu	Bewegungsapparatverletzungen			
Omdlenia	Bewusstlosigkeit			
Padaczka	Epilepsie			
Inne choroby układu nerwowego (niedowład, częste bóle głowy)	Andere Krankheiten des Nervensystems Paresen, häufige Kopfschmerzen			
Choroby psychiczne (depresja, schizofrenia)	Psychische Krankheiten, Depression, Schizophrenie			
Cukrzyca	Zuckerkrankheit			
Choroby narządu słuchu/ choroby narządu głosu	Krankheiten des Gehörorgans/ Krankheiten der Stimmorgane			
Choroby narządu wzroku okulary/soczewki, zaćma, jaskra	Krankheiten der Sehorgane Brille/Linsen/Katarakta/Glaukom			
Choroby układu krwiotwórczego anemia, krwawienia z nosa	Krankheiten des blutbildenden Systems Anämie, Nasenblutungen			
Choroby układu krążenia nadciśnienie, zawał serca, zaburzenia rytmu	Herz- Kreislauf-Erkrankungen Hypertonie, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung			
Choroby układu oddechowego gruźlica, astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc	Atemswegerkrankungen Tuberkulose, Asthma, obstruktive Lungenerkrankung			
Choroby układu pokarmowego choroba wrzodowa, żółtaczką, marskość wątroby	Erkrankungen des Verdauungsapparates, Magengeschwür, Gelbsucht, Leberzirrhose			
Choroby układu moczowo – płciowego - kamica nerek, dializy	Urogenitalerkrankungen Steinleiden, Dialysen			
Choroby układu ruchu Bóle kręgosłupa, dyskopatia	Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates Wirbelsäulenschmerzen, Dyskopathie			
Choroby skóry / uczulenia	Hauterkrankungen/ Allergien			
Choroby zakaźne / pasożytnicze	Infektionskrankheiten/ Parasitosen			
Wywiad ginekologiczno - położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)	Geburtshilflich-gynäkologische Anamnese (Periode, Schwangerschaft, Hormonale Medikamente)			
Familienanamnese*				
Andere Gesundheitsprobleme				
Rauchen	In der Vergangenheit		Zur Zeit:	
Andere Genussmittel				

*Insbesondere geht es hier um Allergien (Asthma), Zuckerkrankheit, psychische Erkrankungen, Herzkrankheiten, Hypertonie und Tumoren

Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes	Sehr gut	Gut	Eher gut	Eher schlecht	Schlecht	BESCHREIBUNG - BEMERKUNGEN
		JA	NEIN			
War der /die Untersuchte operativ behandelt? Was? Wann?						
Befindet sich der/die Untersuchte in der fachärztlichen Behandlung? In welcher?						
Nimmt der/die Untersuchte Medikamente ein? Welche?						

.....
(Unterschrift und Stempel der die körperliche Untersuchung durchführenden Person)

.....
(Unterschrift des/der Untersuchten)