

BADANIE PODMIOTOWE - фізикальний огляд пацієнта

Imię i nazwisko osoby badanej
 Skargi badanego (ej).....

Język polski	Українська мова	TAK Так	NIE НІ	OPIS опис
Urazy czaszki	Травми черепа			
Urazy układu ruchu	Травми опорно-рухового апарату			
Omdlenia	Непритомність			
Padaczka	Епілепсія			
Inne choroby układu nerwowego (niedowład, częste bóle głowy)	Інші захворювання нервової системи. Слабкість (Парез), часті головні болі			
Choroby psychiczne (depresja, schizofrenia)	Психічні хвороби Депресія, шизофренія.			
Cukrzyca	Цукровий діабет			
Choroby narządu słuchu/ choroby narządu głosu	Хвороби слуху. Хвороби Голосових зв'язків			
Choroby narządu wzroku Okulary/soczewki, zaćma, jaskra	Хвороби зору Окуляри/лінзи, катаракта, глаукома			
Choroby układu krwiotwórczego Anemia, krwawienia z nosa	Хвороби гематологічні. Анемія, кровотеча з носа			
Choroby układu krążenia Nadciśnienie, zawał serca, zaburzenia rytmu	Серцево-судинне захворювання Артеріальна гіпертензія (підвищений тиск), інфаркт міокарда, аритмія			
Choroby układu oddechowego Gruźlica, astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc	Хвороби органів дихання. Туберкульоз, астма, хронічна обструктивна хвороба легень			
Choroby układu pokarmowego Choroba wrzodowa, żółtaczką, marskość wątroby	Захворювання шлунково-кишкового тракту. Виразка, жовтуха, цироз печінки			
Choroby układu moczowo - pęciowego Kamica nerek, dializy	Хвороби сечостатеви органів, Нефролітиаз (камені в нирках), діаліз			
Choroby układu ruchu Bóle kręgosłupa, dyskopatia	Хвороби кістково-м'язової системи. Біль у спині, дископатія			
Choroby skóry / uczulenia	Шкірні захворювання/ алергії			
Choroby zakaźne/ pasożytnicze	Інфекційні захворювання/ Паразитичні			
Wywiad ginekologiczno- położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)	Акушерсько – гінекологічна консультація (Менструація, вагітність, гормональні препарати)			
Wywiad rodzinny* <i>Сімейна консультація</i>				
Inne problemy zdrowotne <i>Інші проблеми зі здоров'ям</i>				
Palenie tytoniu <i>Куріння</i>	W przeszłości: У минулому:	Obecnie: В даний час		
Inne używki	Інші препарати			

* W szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, choroby psychicznej, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów
 Zокрема, при наявності алергії (астми), цукрового діабету, психічної хвороби, хвороби серця, гіпертонії і раку

Subiektywna ocena stanu zdrowia <i>Суб'єктивна оцінка стану здоров'я</i>	bardzo dobre <i>відмінний</i>	Dobre добре	raczej dobre досить добре	raczej słabe досить слабкий	Słabe слабкий
		TAK <i>Так</i>	NIE <i>НІ</i>	OPIS-UWAGI ОПИС - ПРИМІТКИ	
Czy badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(e)? Jakiej? Kiedy? <i>Чи пацієнт(ка) мав(ла) операції? Якої? Коли?</i>					
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej? <i>Чи є під наглядом лікарні? Якої?</i>					
Czy badany(a) przyjmuje leki? Jakiej? <i>Чи пацієнт(ка) приймає лікарства? Якої?</i>					

Я засвідчую, що зрозумів (ла) зміст поставлених мені запитань, і відповів(ла) на НИХ Правдиво.

.....
 (podpis i pieczętka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe)

.....
 (podpis badanego)