

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

Nazwisko i imię pacjenta/ki

PESEL

Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy pacjent/ka:

■ chorował/a na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę, inne

■ miał/a szczepienia WZW (typ)

■ inne

■ miał/a kontakt z chorym na WZW

[] tak; [] nie wiem; [] nie

jeśli tak, to gdzie (nazwa i adres)

■ był/a leczony/a w innych placówkach opieki zdrowotnej

gdzie (nazwa i adres)

■ otrzymał/a iniekcje, kroplówki, transfuzje

gdzie (nazwa i adres)

■ miał/a wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne lub penetrujące tkanki (biopsje, punkcje, akupunkturę, szczepienia, operacje, pobieranie krwi, iniekcje, testy alergiczne):

jakie

gdzie (nazwa i adres)

■ miał/a badania: endoskopię, bronchoskopię artroskopię, inne

jakie

gdzie (nazwa i adres)

- korzystał/a z usług gabinetów stomatologicznych (ekstrakcja zębów, leczenie zębów, czyszczenie kamienia nazębnego, inne zabiegi),
gdzie (nazwa i adres)
- korzystał/a z usług lekarzy okulistów (usunięcie ciała obcego z oka),
gdzie (nazwa i adres)
- korzystał/a z usług gabinetów ginekologicznych (zabiegi ginekologiczne, położnicze),
gdzie (nazwa i adres)
- korzystał/a z usług gabinetów fryzjerskich, kosmetycznych, innych (manicure, pedicure, tatuaż, golenie brzytwą),
gdzie (nazwa i adres)
- inne nie wymienione zabiegi

UWAGI

.....

.....

.....

.....

.....

data

.....

czytelny podpis



41-711 Ruda Śląska, ul. Główna 11, Pawilon A1, tel: 32 2444 662 (3), fax: 32 2444 664