**WYWIAD ZDROWOTNY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy choruje Pan/ Pani na cukrzycę | *Tak/Nie* |  |
| Czy przyjmuje Pan/ Pani insulinę | *Tak/Nie* |  |
| Czy choruje Pan/Pani na choroby nowotworowe | *Tak/Nie* | *Wpisz okres choroby*  |
| Czy ma Pan/ Pani podwyższony poziom cholesterolu i trojglicerydów  | *Tak/Nie* | *Wpisz wynik* |
| Czy występuje u Pana Pani nadciśnienie tętnicze | *Tak/Nie* | *Wpisz wynik* |
| Czy choruje Pan/ Pani na choroby układu krążenia | *Tak/Nie* | *Wpisz jakie* |
| Czy choruje Pan/Pani na choroby układu oddechowego | *Tak/Nie* | *Wpisz jakie* |
| Czy choruje Pan/ Pani na choroby układu pokarmowego | *Tak/Nie* | *Wpisz jakie* |
| Czy choruje Pan/ Pani na alergie pokarmowe | *Tak/Nie* | *Wpisz jakie* |
| Czy choruje Pan/Pani na alergie skórne | *Tak/Nie* | *Wpisz jakie* |
| Czy miał Pan/Pani wycięty woreczek żółciowy | *Tak/Nie* | *Wpisz datę* |
| Czy przechodził Pan/Pani zabiegi chirurgiczne | *Tak/Nie* | *Wpisz jakie oraz datę* |
| Czy jest Pani w ciąży | *Tak/Nie* |  |
| Czy karmi Pani piersią | *Tak/Nie* |  |
| Czy rodziła Pani dzieci | *Tak/Nie* | *Wpisz datę* |
| Czy posiada Pan/ Pani inne dolegliwości nie ujęte w tabeli  | *Tak/Nie* | *Wpisz jakie* |