



## Ankieta medyczna Pacjenta

### Male patient's medical questionnaire

#### Instrukcja

Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety. Prosimy o wypełnienie wszystkich pustych miejsc w ankiecie. Jeśli któreś pytanie Pana nie dotyczy, prosimy o wpisanie ND (co w skrócie oznaczać będzie: nie dotyczy).

Prosimy o udzielenie możliwie precyzyjnych odpowiedzi, szczególnie w przypadku opisywania problemów medycznych oraz określania dat.

Wypełnioną ankietę należy przynieść ze sobą na pierwszą wizytę do kliniki InviMed (jeśli wypełnia ją Pan w domu).

Jeśli ma Pan dodatkowe pytania, prosimy o kontakt telefoniczny lub mailowy: telefon +48 500 900 888, e-mail: [invimed@invimed.pl](mailto:invimed@invimed.pl).

Dziękujemy za wypełnienie ankiety oraz wywiadu medycznego.

#### Instruction

Please fill in the following questionnaire. Please fill in all the empty spaces in the questionnaire. If any question does not apply to you, please enter N/A (which will mean: not applicable).

Please give as accurate answers as possible, in particular when you describe medical problems and specify the dates.

When you fill in this questionnaire, you should bring it with you to the first appointment at the InviMed (if you fill it in at home).

If you have any questions, please contact us by telephone or via e-mail: telephone + 48 500 900 888, e-mail: [invimed@invimed.pl](mailto:invimed@invimed.pl).

Thank you for filling-in the questionnaire and medical interview.

## Ankieta/ Questionnaire

### Dane osobowe/ Personal data

Imię/ First name ..... Nazwisko/ Last name .....

Numer PESEL/ Personal identification number\*

Miejsce urodzenia/ Place of birth .....

\*w przypadku braku - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość/ if PESEL is unavailable, the type and number of the identity document

Imię i nazwisko pacjenta/ Patient's first name and last name .....

### Rasa/ Race\*\*

- afrykańska/ African     azjatycka/ Asian     amerykańska/American     australijska/Australian  
 europejska/ European     indyjska/Indian     kaukaska/Caucasian

### Pochodzenie etniczne/ Ethnic origin\*\* (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe/ please mark all applicable options)

- polskie/ Polish     inne niż polskie/ other than Polish     nieustalone/ undetermined  
 bez przynależności narodowo-etnicznej/ without national-ethnic origin  
gdy inne niż polskie, proszę wybrać/ when other than Polish, please select from:
- śląskie/ Silesian     kaszubskie/ Cassubian     niemieckie/ German     ukraińskie/ Ukrainian     białoruskie/ Byelorussian  
 romskie/ Romani     rosyjskie/ Russian     amerykańskie/ American     angielskie/ English     łemkowskie/ Lemko  
 włoskie/ Italian     francuskie/ French     litewskie/ Lithuanian     żydowskie/ Jewish     hiszpańskie/ Spanish  
 wietnamskie/ Vietnamese     holenderskie/ Dutch     greckie/ Greek     ormiańskie/ Armenian     wielkopolskie/ Greater Poland  
 słowackie/ Slovak     kociwskie/ Kociewie     czeskie/ Czech     węgierskie/ Hungarian     skandynawskie/ Scandinavian  
 szwedzkie/ Swedish     tatarskie/ Tatar     irlandzkie/ Irish     kanadyjskie/ Canadian     australijskie/ Australian  
 austriackie/ Austrian     góralskie/ Highlander     bułgarskie/ Bulgarian     chińskie/ Chinese     duńskie/ Danish  
 inne/ other

### Kolor oczu/ Eye colour\*\*

- niebieskie/ blue     niebieskie/zielone/ blue/green     niebieskie/szare/ blue/grey     brązowe/ brown  
 szare/ grey     brązowe/zielone/ brown/green     piwne/ hazel     zielone/ green  
 zielone/szare/ green/grey     brązowe/szare/ brown/grey

### Kolor włosów/ Hair colour\*\*

- czarne/ black     blond/ blonde     brązowe/ brown     ciemny blond/ dark blonde     rude/ red

### Struktura włosów/ Hair structure\*\*

- proste/ straight     kręcone/ curly     falowane/ wavy

### Budowa ciała/ Body build\*\*

- Ektomorfik – smukła sylwetka, drobna budowa ciała oraz mały obwód kości/ Ectomorph - slender figure, slight body build and small articular circumference  
 Endomorfik – masywna budowa ciała, grube kości/ Endomorph - massive body build, thick bones  
 Mezomorfik – szerokie barki, wąska talia, niski poziom tkanki tłuszczowej, zarysowane mięśnie/ Mesomorph - wide shoulders, thin waist, low fat tissue level, well-defined muscles

Waga/ Weight .....kg

Wzrost/ Height ..... cm

\*\*dane określone przez ministra właściwego do spraw zdrowia/ data determined by the Minister of Health

Imię i nazwisko pacjenta/ Patient's first name and last name .....

### Wywiad rodzinny i środowiskowy/ Family and community interview

Rodzice, rodzeństwo, dziadkowie, krewni/ Parents, siblings, grandparents, relatives

- Nowotwory/ Cancer .....
- Cukrzyca, typ/ Diabetes, type .....
- Wady wrodzone/ Inborn defects .....
- Choroby genetyczne/ Genetic diseases .....
- Choroby tarczycy/ Thyroid diseases .....

### Używkii/ Stimulants

- |   |                              |  |   |
|---|------------------------------|--|---|
| Palenie tytoniu/ Smoking  | Alkohol/ Alcohol             | <input type="checkbox"/> często/ often | <input type="checkbox"/> okazjonalnie/ occasionally |
| Ile lat?/ How many years? .....                                   | Narkotyki/ Drugs             | <input type="checkbox"/> często/ often | <input type="checkbox"/> okazjonalnie/ occasionally |
| Liczba papierosów dziennie/<br>Number of cigarettes per day ..... | Dopalacze/ Legal intoxicants | <input type="checkbox"/> często/ often | <input type="checkbox"/> okazjonalnie/ occasionally |

### Wywiad medyczny/ Medical interview

Od kiedy stara się Pan o dziecko?/ For how long have you been trying to have a child? .....

Czy posiada Pan dzieci biologiczne?/ Do you have biological children? Ile?/ How many? .....

Czy posiada Pan dzieci biologiczne z obecną partnerką?/ Do you have biological children with your present partner? Ile?/ How many? .....

### Informacje dotyczące alergii/ uczuleń/ Information concerning allergies/ sensitizations

Czy jest Pan uczulony (na leki, pokarm, środki chemiczne, inne)?/ Are you allergic (to drugs, food, chemical agents, other)?

- TAK/ YES    NIE/ NO

Proszę wymienić substancje, na które jest Pan uczulony/ Please list the substances you are allergic to

.....

.....

.....

Proszę wymienić leki, które **obecnie** Pan przyjmuje (na receptę, bez recepty, witaminy, suplementy diety, zioła, aspiryna, leki p/bólowe, leki na zaparcie, środki na odchudzanie itp.)/ Please specify medications which you **currently** take (prescription medications, non-prescription medications, vitamins, dietary supplements, herbs, aspirin, painkillers, anti-constipation medications, slimming pills, etc.)

Nazwa leku/ preparatu/ Name of medication/ preparation	Wskazania/ Indications

Imię i nazwisko pacjenta/ Patient's first name and last name .....

### Informacje dotyczące przebytych chorób/ Information about past diseases

Jednostka chorobowa/ Disease unit	Tak (od kiedy)/ Yes (since when)	Nie/ No	Nie wiem/ I don't know
Choroby autoimmunologiczne/ Autoimmunology diseases			
Choroby serca (zawał, zaburzenia rytmu, kardiomiopatie)/ Heart diseases (heart attack, arrhythmia, cardiomyopathies)			
Choroby krwi (skłonności do krwawień, siniaków, zakrzepów, zatorów)/ Blood diseases (tendency to bleed, have bruises, thrombosis, embolism)			
Małopłytkowość/ Thrombocytopenia			
Choroby płuc (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma, gruźlica, pylica, zapalenie płuc)/ Lung diseases (asthma, chronic bronchitis, emphysema, tuberculosis, pneumoconiosis, pneumonia)			
Choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa, zapalenie nieswoiste, choroby zapalne jelit, zespół jelita drażliwego)/ Digestive system diseases (ulceration, inflammatory disease, inflammatory bowel diseases, irritable bowel syndrome)			
Choroby wątroby (stłuszczenie, marskość, naczyniaki)/ Liver diseases (hepatic steatosis, cirrhosis, angioma)			
Wirusowe zapalenie wątroby/ Hepatitis	<input type="checkbox"/> Typ A/ Type A <input type="checkbox"/> Typ B/ Type B <input type="checkbox"/> Typ C/ Type C	<input type="checkbox"/> Typ A/ Type A <input type="checkbox"/> Typ B/ Type B <input type="checkbox"/> Typ C/ Type C	<input type="checkbox"/> Typ A/ Type A <input type="checkbox"/> Typ B/ Type B <input type="checkbox"/> Typ C/ Type C
Inne/ Other	.....	.....	.....
Choroby urologiczne (zapalenie nerek, kamica, trudności w oddawaniu moczu)/ Urological diseases (kidney inflammation, nephrolithiasis, difficulties with urination)			
Cukrzyca, typ/ Diabetes, type ..... / dna moczanowa/ porfiria/ gout/ porphyria			
Choroby tarczycy (wole obojętne, nadczynność, choroba Hashimoto)/ Thyroid diseases (non-toxic goitre, toxic goitre, Hashimoto disease)			
Choroby gruczołów piersiowych/ Breast diseases			
Schorzenia psychiczne (depresja/ choroba afektywna dwubiegunowa, schizofrenia, zaburzenia lękowe, próby samobójcze, samookaleczenie, zaburzenia nerwicowe)/ Mental diseases (depression/ bipolar affective disorder, schizophrenia, anxiety disorder, suicidal attempts, self-mutilation, nervous disorders)			
Choroby układu kostnego (choroby kręgosłupa, zmiany w stawach, osłabienie mięśni)/ Bone system diseases (spine diseases, changes in the joints, muscle weakening)			
Choroby genetyczne/ choroby genetyczne w rodzinie/ Genetic diseases/ genetic diseases in the family			
Choroby reumatyczne (RZS, toczeń rumieniowaty układowy, ZZSK, zespół Sjögrena)/ Rheumatic diseases (RA, systemic lupus erythematosus, ankylosing spondylitis, Sjogren syndrome)			
Nowotwory złośliwe/ Malignant cancer	<input type="checkbox"/> Narządów płciowych/ Of genitals <input type="checkbox"/> Przebyte/ Past <input type="checkbox"/> Leczone/ Treated <input type="checkbox"/> Inne/ Other .....		
Inne choroby o nieznannej etiologii/ Other diseases of unknown aetiology			
.....			
Transfuzje/ Transfusions			

Imię i nazwisko pacjenta/ Patient's first name and last name .....

Jednostka chorobowa/ Disease unit	Tak/ Yes	Nie/ No	Nie wiem/ I don't know
Choroby wieku dziecięcego/ Children's diseases	<input type="checkbox"/> Różyczka/ Rubella <input type="checkbox"/> Świnka/ Mumps <input type="checkbox"/> Ospa/ Chickenpox <input type="checkbox"/> Odra/ Measles	<input type="checkbox"/> Różyczka/ Rubella <input type="checkbox"/> Świnka/ Mumps <input type="checkbox"/> Ospa/ Chickenpox <input type="checkbox"/> Odra/ Measles	<input type="checkbox"/> Różyczka/ Rubella <input type="checkbox"/> Świnka/ Mumps <input type="checkbox"/> Ospa/ Chickenpox <input type="checkbox"/> Odra/ Measles

### Informacje dotyczące przebytych zabiegów/ Information concerning past procedures

#### Operacje/ Surgeries

Rok/ Year ..... Rodzaj/ Type ..... Dokumentacja/ Documentation  TAK/ YES  NIE/ NO  
Rok/ Year ..... Rodzaj/ Type ..... Dokumentacja/ Documentation  TAK/ YES  NIE/ NO  
Rok/ Year ..... Rodzaj/ Type ..... Dokumentacja/ Documentation  TAK/ YES  NIE/ NO

#### Pobyt w szpitalu/ Hospitalization

Rok/ Year ..... Przyczyna/ Reason ..... Dokumentacja/ Documentation  TAK/ YES  NIE/ NO  
Rok/ Year ..... Przyczyna/ Reason ..... Dokumentacja/ Documentation  TAK/ YES  NIE/ NO  
Rok/ Year ..... Przyczyna/ Reason ..... Dokumentacja/ Documentation  TAK/ YES  NIE/ NO

#### Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy/ During the past 6 months

Czy był Pan poddawany zabiegom medycznym, w czasie których dochodziło do naruszenia ciągłości tkanek (pobieranie krwi, iniekcje, kroplówki/ transfuzje, punkcje/ biopsje, szczepienia, zabiegi operacyjne) oraz czy wykonywane były badania endoskopowe (gastroskopia, rektoskopia, sigmoidoskopia, kolonoskopia, inne)?

Did you undergo medical procedures during which tissue intactness was disturbed (blood taking, injections, drips/ transfusions, punctures/ biopsies, vaccinations, surgical operations) and was any endoscopic examination performed (gastroscopy, rectoscopy, sigmoidoscopy, colonoscopy, other)

TAK/ YES  NIE/ NO

Jakie?/ Other .....

Czy korzystał Pan z usług specjalistów: stomatologa (ekstrakcja zębów, usuwanie kamienia nazębnego, inne), okulisty (usuwanie ciała obcego, inne), laryngologa (punkcja zatok, inne), innych?/

Did you use services of specialists: dentist (tooth extraction, scaling, other), ophthalmologist (foreign body removal, other), laryngologist (sinus puncture, other), other?

TAK/ YES  NIE/ NO

Jakie?/ Other .....

Czy był Pan poddawany zabiegom niemedycznym, w czasie których dochodziło do naruszenia ciągłości tkanek: kosmetyczka (manicure, pedicure, przekłuwanie uszu, tatuaże, zabiegi dermokosmetyczne), fryzjer (golenie/ skaleczenie brzytwą, żyletką, inne), innym?/

Did you undergo non-medical procedure during which tissue intactness was disturbed: beautician (manicure, pedicure, ear piercing, tattoos, dermal-cosmetic procedures), hairdresser (shaving/ razor cut, other), other?

TAK/ YES  NIE/ NO

Jakie?/ Other .....

Imię i nazwisko pacjenta/ Patient's first name and last name .....

### Inne możliwości infekcji/ Other possibilities of infection

Kontakt z HIV/ AIDS/ HCV/ HBV/ Contact with HIV/ AIDS/ HCV/ HBV

TAK/ YES  NIE/ NO Jaki?/ Specify? ..... Data/ Date .....

Kontakt z krwią i tkankami osób trzecich/ Contact with blood and tissues of third parties

TAK/ YES  NIE/ NO Jaki?/ Specify? ..... Data/ Date .....

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał Pan w krajach Afryki, Azji, Ameryki Południowej?/ Did you travel to Africa, Asia, South America during the past 6 months?

TAK/ YES  NIE/ NO Gdzie?/ Where? ..... Data/ Date .....

Wszystkie powyżej podane przeze mnie dane są prawdziwe zgodnie z moją najlepszą wiedzą, a ich prawdziwość potwierdzam złożonym poniżej własnoręcznym podpisem./ All of the above data provided by me is true according to my best knowledge, and their correctness is confirmed by my signature placed below.

Podpisano w (miasto)/ Signed in (city) .....

w siedzibie kliniki w dniu/ at the registered office of the clinic on .....

**Czytelny podpis pacjenta/ Legible signature of the patient** .....

Data i podpis pracownika kliniki InviMed przyjmującego ankietę oraz wywiad medyczny/ Date and signature of the employee of the InviMed clinic accepting the questionnaire and medical interview

Data, czytelny podpis/ Date, legible signature .....