

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA PRACOWNIA ENDOSKOPII

DANE PACJENTA

IMIĘ i NAZWISKO

PESEL lub DATA URODZENIA

1. Czy chorował Pan(i) na wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C*? tak nie
2. Czy był Pan(i) szczepiony przeciw WZW typu B*? tak nie
3. Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy był Pan(i) leczony w innych placówkach służby zdrowia w tym także w gabinetach prywatnych?* tak nie
4. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy otrzymał Pan(i) iniekcję, kroplówkę, transfuzję?* tak nie
5. Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy miał Pan(i) wykonywane zabiegi inwazyjne (biopsja, punkcja, operacja, pobranie krwi*)? tak nie
6. Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy miał Pan(i) wykonane badanie endoskopowe (gastroskopię, kolonoskopię, rektoskopię)*? tak nie
7. Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy korzystał Pan(i) z usług gabinetu stomatologicznego i/lub chirurgii szczękowej (np.: ekstrakcja zębów, plomba, protezowanie, implantowanie)?* tak nie
8. Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy korzystał Pan(i) z gabinetów: ginekologicznych , urologicznych (cystoskopia, punkcja)*? tak nie
9. Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy korzystał pan(i) z usług fryzjerskich, kosmetycznych (golenie, strzyżenie, manicure, pedicure, tatuaż , przekłuwanie uszu *) tak nie

Miejscowość, data i podpis pacjenta '

* Właściwą odpowiedź zaznaczyć X