

.....
pieczęć jednostki medycznej

KARTA KWALIFIKACJI PACJENTA

Imię	Nazwisko	PESEL
Wiek		Płeć

1. Choroby przebyte

Tak Nie

.....
.....

(podać jakie w przypadku odpowiedzi twierdzącej)

2. Występujące schorzenia

- | | | |
|--|-----|---------|
| -Choroby układu sercowo-naczyniowego | Tak | Nie |
| -Cukrzyca | | Tak Nie |
| -Choroby tarczycy | | Tak Nie |
| -Choroby układu oddechowego(płuc) | | Tak Nie |
| -Choroby wątroby | | Tak Nie |
| -Choroby układu kostnego (osteoporoza) | Tak | Nie |
| -Choroby nerek | | Tak Nie |
| -Choroby układu pokarmowego | Tak | Nie |
| -AIDS (HIV+) | | Tak Nie |
| -Zaburzenia krzepliwości krwi | | Tak Nie |
| -Utrudnione gojenie ran | | Tak Nie |
| -Zaburzenia psychiczne i neurologiczne | Tak | Nie |
| -Choroby genetyczne | Tak | Nie |
| 3. Pacjent przyjmuje leki | Tak | Nie |

.....
.....

(podać nazwy leków w przypadku odpowiedzi twierdzącej)

4. Podatność na alergie

Tak Nie

.....

.....

(podać nazwy alergenów)

.....

podpis pacjenta