

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

Data:

KWESTIONARIUSZ

Uprzejmie prosimy o wypełnienie kwestionariusza i przekazanie go lekarzowi. Poniższe informacje pozwolą wybrać najwłaściwszą dla Państwa metodę korekcji wady wzroku.

DANE PERSONALNE		
Nazwisko:	Imię:	Wiek:
Nr telefonu:	Adres email:	Waga:
Adres do korespondencji:		
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA I WARUNKI PRACY, HOBBY		
Wykonywany zawód		Hobby
Czy korzysta Pan/i z komputera?	TAK - Ile godzin dziennie (średnio)?	NIE
Czy dużo Pan/i czyta?	TAK - Jaki rozmiar czcionki?	NIE
Czy jeździ Pan/i samochodem?	TAK - Ile km dziennie (średnio)?	NIE
Czy uprawia Pan/i sport? (również rekreacyjnie – np. basen, aerobik, siłownia)	TAK - Jaką dyscyplinę?	NIE
Czy pali Pan/i papierosy?	TAK - Ile papierosów dziennie?	NIE
Czy przebywa Pan/i w klimatyzowanych pomieszczeniach?	TAK <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> rzadko	NIE
Czy przebywa Pan/i w zadymionych lub zakurzonych pomieszczeniach?	TAK <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> rzadko	NIE
Czy odczuwa Pan/i dolegliwości z tego powodu?	TAK <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> rzadko	

Nazwisko i imię pacjenta:

UKŁAD WZROKOWY		
Kiedy stwierdzono u Pana/i wadę wzroku? Jaką wadę?	Kiedy było ostatnie badanie wzroku?	
Czy istniejąca wada wzroku pogłębia się?		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE, od lat jest stabilna <input type="checkbox"/> Trudno powiedzieć		
Czy któreś z oczu widzi dużo gorzej od drugiego?	TAK , które? <input type="checkbox"/> lewe <input type="checkbox"/> prawe	NIE
Dotychczas stwierdzone choroby oczu i/lub wady wzroku:	Choroby oczu i/lub wady wzroku w rodzinie:	
Czy przebył Pan/i jakieś zabiegi okulistyczne?	TAK - Jakie i kiedy?	NIE
Czy stosuje Pan/i jakieś krople lub maści okulistyczne?	TAK - Jakie i od kiedy?	NIE
Czy nosi Pan/i okulary?	TAK, na stałe TAK, okazjonalnie <i>Rodzaj okularów:</i> <input type="checkbox"/> jedna para okularów jednoogniskowych do dali i bliży <input type="checkbox"/> okulary jednoogniskowe tylko do dali <input type="checkbox"/> okulary jednoogniskowe tylko do bliży <input type="checkbox"/> okulary dwuogniskowe <input type="checkbox"/> okulary progresywne <input type="checkbox"/> inne	NIE NIE, ale kiedyś nosiłem/am
Czy używa Pan/i soczewek kontaktowych?	TAK, na stałe TAK, okazjonalnie <i>Rodzaj soczewek:</i> <input type="checkbox"/> miękkie <input type="checkbox"/> twarde <input type="checkbox"/> jednodniowe <input type="checkbox"/> dwutygodniowe <input type="checkbox"/> miesięczne <input type="checkbox"/> kwartalne <input type="checkbox"/> roczne <input type="checkbox"/> Nazwa soczewek <input type="checkbox"/> Nie pamiętam	NIE NIE, ale kiedyś używałem/am

Nazwisko i imię pacjenta:

Czy pomimo stosowanej korekcji (w okularach, w soczewkach kontaktowych) odczuwa Pan/i którekolwiek z dolegliwości objawów:		
nieostry obraz na dal	TAK <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> rzadko	NIE
nieostry obraz z bliska, np. zamazywanie się tekstu przy czytaniu	TAK <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> rzadko	NIE
podwójne widzenie do dali	TAK <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> rzadko	NIE
podwójne widzenie z bliska	TAK <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> rzadko	NIE
problem z wyostrzaniem obrazu przy przenoszeniu wzroku z dali na bliż i/lub z bliży na dal	TAK, które oko? <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> rzadko	NIE
„uciekanie” któregoś oka	TAK <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> rzadko	NIE
szybkie zmęczenie przy pracy przy komputerze	TAK <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> rzadko	NIE
łzawienie oczu	TAK <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> rzadko	NIE
pieczenie i/lub swędzenie oczu	TAK <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> rzadko	NIE
światłowstręt	TAK <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> rzadko	NIE
bóle głowy	TAK <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> rzadko	NIE
bóle oczu	TAK <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> rzadko	NIE
rozproszenie światła	TAK <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> rzadko	NIE
pogorszenie widzenia o zmierzchu	TAK <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> rzadko	NIE
pogorszenie widzenia w nocy	TAK <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> rzadko	NIE

Nazwisko i imię pacjenta:

ALERGIE, SZCZEPIENIA, ANTYKONCEPCJA, HTZ		
ALERGIE – proszę podać substancje i leki na które jest Pan/i uczulony/a:		
Czy posiada Pan/i aktualne szczepienie przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B?	TAK	NIE
<i>Poniższe dwa pytania dotyczą wyłącznie kobiet</i>		
Czy stosuje Pani antykoncepcję hormonalną?	TAK <input type="checkbox"/> tabletki <input type="checkbox"/> plastry <input type="checkbox"/> zastrzyki <input type="checkbox"/> inne	NIE
Czy stosuje Pani hormonalną terapię zastępczą?	TAK	NIE
OGÓLNY STAN ZDROWIA		
Czy był/a lub jest Pan/i leczony na którąkolwiek z wymienionych chorób?		
UKŁAD KRĄŻENIA		
nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE
niskie ciśnienie tętnicze	TAK	NIE
omdlenia	TAK	NIE
SERCE		
wszczepienie rozrusznika serca	TAK	NIE
arytmia	TAK	NIE
choroba wieńcowa	TAK	NIE
zawał serca	TAK	NIE
UKŁAD NERWOWY		
padaczka	TAK	NIE
zaburzenia krążenia mózgowego	TAK	NIE
porażenia	TAK	NIE
ZABURZENIA PRZEMIANY MATERII		
cukrzyca	TAK	NIE
nadczynność tarczycy	TAK	NIE
niedoczynność tarczycy	TAK	NIE
CHOROBY KRWI		
hemofilia	TAK	NIE
niedokrwistość	TAK	NIE

Nazwisko i imię pacjenta:

CHOROBY SKÓRY	TAK	NIE
Nadmierne bliznowacenie	TAK	NIE
Trądzik	TAK	NIE
Częste infekcje skórne	TAK	NIE
Łuszczyca	TAK	NIE
CHOROBY ZAKAŻNE I UKŁADOWE		
Wirusowe zapalenie wątroby	TAK	NIE
Toksoplazmoza	TAK	NIE
Cytomegalia	TAK	NIE
Choroby układu moczowo-płciowego	TAK	NIE
Gruźlica	TAK	NIE
Twardzina ogólna (sklerodermia)	TAK	NIE
Sarkoidoza	TAK	NIE
Kolagenozy	TAK	NIE
Rumień wielopostaciowy	TAK	NIE
Choroby reumatyczne	TAK	NIE
INNE CHOROBY (niewymienione powyżej):		

Zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym potwierdzam poniżej własnoręcznym podpisem.

Warszawa, dnia

.....
(podpis pacjenta)