

## KWESTIONARIUSZ

I. Proszę uzupełnić dane:

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Adres e-mail	
Numer telefonu kontaktowego	
Wzrost[cm]/waga [kg] Obwód tali [cm]/obwód bioder[cm]	
Główny powód wizyty u lekarza	
Proszę opisać swoją aktywność fizyczną, włącznie z charakterystyką trybu życia (np. siedzący)	
Przyjmowane leki i/ lub suplementy diety	

II. Proszę wymienić Pana(i) obecne i przebyte zespoły chorobowe i/lub choroby potwierdzone diagnozą lekarską:

<b>Rodzaj układu/narządu, miejsce występowania choroby</b>	<b>Czas trwania choroby (od kiedy do kiedy?)</b>	<b>Sposób leczenia choroby (np. medycyna konwencjonalna, medycyna naturalna) oraz zażywane preparaty (np. leki)</b>
Układu pokarmowego		
Choroby metaboliczne (cukrzyca, dna moczanowa, osteoporoza)		
Hormonalne, w tym zaburzenia funkcjonowania tarczycy (niedoczynność / nadczynność)		
Układu odpornościowego, w tym alergologicznie (m.in. alergii pokarmowe i wziewne) i/lub autoimmunologiczne		
Układu oddechowego		
Dermatologiczne		
Sercowo-naczyniowe		
Układu nerwowego		
Inne, w tym problemy z prawidłową masą ciała ( <i>niedowaga/nadwaga</i> )		

**III. Proszę podkreślić występowanie objawów somatycznych lub psychosomatycznych w przebiegu ostatnich 12 miesięcy.**

- Często uczucie zmęczenia
- Zaburzenia pamięci i/lub koncentracji
- Trudności z zasypianiem
- Wybudzanie się w nocy
- Uczucie stałego lub częstego podenerwowania
- Często bóle głowy
- Zawroty głowy
- Zaburzenia widzenia (mroczki, łzawienie, pieczenie oczu)
- Skurcze
- Kołatania serca
- Skóra sucha
- Skóra przetłuszczająca się
- Często uczucie głodu
- Często uczucie pragnienia
- Dyskomfort po posiłkach (wzdęcia, gazy, zgaga, bóle brzucha)
- Regularność wypróżnień

- IV. Rodzaj stosowanej diety w ciągu ostatniego roku** (np. dieta dr. Dąbrowskiej, dieta eliminacyjna, bezglutenowa, bezmleczna, niskokaloryczna, białkowa, wegetariańska, wegańska, paleo) lub modyfikacje wprowadzone przez siebie (np. eliminacja pewnych produktów) Jeżeli którakolwiek z tych diet była stosowana, proszę uzupełnić poniższe informacje:

Lp.	Rodzaj (nazwa) i sposób stosowanej diety (czy przy pomocy specjalisty czy samodzielnie) (dlaczego była stosowana dieta?)	Efekt stosowanej diety	Okres, kiedy była stosowana dieta (od kiedy do kiedy?)
1.			
2.			
3.			
4.			

## Informacja dla pacjenta dotycząca ochrony danych osobowych

Szanowny Pacjencie,

W celu spełnienia obowiązku informacyjnego, zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych (RODO) oraz ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000), informujemy że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Zdrowia Panaceum Marcin Skrzypczak, Monika Różycka Spółka cywilna; 05-800 Pruszków; ul. Dobra 8 m 6
2. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane przez Administratora w celu udzielania świadczeń zdrowotnych służących ochronie zdrowia i życia oraz udostępniane w tym celu innym podmiotom na podstawie obowiązujących szczególnych przepisów prawnych:
  - a) Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (*Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 z późn. zm.*).
  - b) Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (*Dz.U. z 2017 r., poz. 125 z późn. zm.*).
  - c) Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (*Dz.U. z 2018 r., poz. 123 z późn. zm.*).
  - d) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (*Dz.U. z 2018 r., poz. 160 z późn. zm.*)
3. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane w czasie oraz zakresie niezbędnym do realizacji celów przetwarzania i wynikającym ze szczególnych przepisów.
4. Podanie danych, w zakresie powyżej obowiązujących przepisów jest niezbędne do udzielenia świadczeń leczniczych.
5. Podanie danych osobowych: numer telefonu, adres poczty elektronicznej jest dobrowolne, lecz w przypadku ich braku nie będzie możliwe potwierdzenie, zmiana terminu wizyty lub weryfikacja prawidłowości zleconych badań.
6. Przysługuje Pani/ Panu prawo do: żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, prawo do usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, z zastrzeżeniem jednak zasad gromadzenia i przetwarzania danych w dokumentacji medycznej, o których mowa w szczególnych przepisach prawnych.
7. Istnieje możliwość wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych na tryb i sposób przetwarzania danych osobowych przez administratora, jeśli uzna Pani/Pan za uzasadnione, że Pani/ Pana dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
8. Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym.
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu.
10. Pana/Pani dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom/organom, uprawnionym na podstawie przepisów prawa.