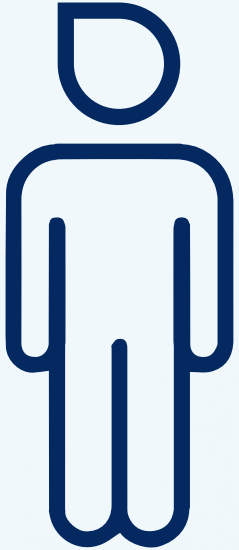


Dane osobowe / Personal data

Imię / Name	Data urodzenia / Date of birth	Kraj pochodzenia / Country of origin	Wiek / Age

Przyczyna wizyty / Reason for visit

Rodzaj występujących dolegliwości / Type of ailments occurring	
Ból / Pain	
Wymioty / Vomiting	
Biegunka / Diarrhea	
Utrata przytomności / Loss of consciousness	
Zawroty głowy / Dizziness	
Wysoka temperatura / High temperature	
Duszności / Shortness of breath	
Kołatanie serca / Heart palpitations	
Uraz / Trauma	
Alergia / Allergy	

Miejsce występowania bólu / Where the pain occurs


Rodzaj bólu / Type of pain	
Piekący / Stinging	
Kłujący / Prickly	
Gniotący / Crushing	
Przeszywający / Piercing	
Skurczowy / Systolic	
Ciągły / Continuous	
Nawracający / Recurrent	

Jakie jest natężenie bólu / What is the intensity of the pain?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 to ledwo odczuwalny ból, a 10 to ból trudny do wytrzymania / 1 is barely noticeable pain and 10 is unbearable pain									

Alergia / Allergy

Leki, na jakie są uczulenia / Medicines you are allergic to	
Aspiryn / Aspiryn	
Ibuprofen / Ibuprofen	
Penicylina / Penicillin	
Antybiotyki / Antibiotics	
Inne / Other	

Ciąża / Pregnancy
Ostatnia miesiączka / Last period

Choroby / Diseases

Choroby przewlekłe / Chronic diseases	
Serce / Heart	
Nadciśnienie / Hypertension	
Alergie / Allergies	
Astma / Asthma	
Padaczka / Epilepsy	
Choroby psychiczne / Mental illness	
Nowotwory / Cancers	
Choroby neurologiczne / Neurological diseases	
Choroby układu pokarmowego / Digestive system diseases	
Choroby układu oddechowego / Respiratory diseases	
Choroby zakaźne / Infectious diseases	
Choroby ginekologiczne / Gynecological diseases	

Aktualne choroby / Current diseases

Przebyte operacje / Past surgeries

Ostatnio spożywane potrawy i płyny / Recently consumed foods and liquids

Kiedy i co pacjent ostatnio jadł oraz pił? / When and what did the patient last eat and drink?