



SPECJALISTYCZNY GABINET
CHIRURGICZNO-PROKTOLOGICZNY
RZESZÓW, UL . SZOPENA 25 A

Rzeszów, dnia

KARTA WYWIADU PROKTOLOGICZNEGO

Nazwisko i Imię : PESEL :

Adres : Nr karty :

Adres e-mail : Numer telefonu :

GŁÓWNE DOLEGLIWOŚCI :

.....
.....
.....

ILOŚĆ STOLCÓW NA DOBĘ : W TYM W NOCY :

KONSYSTENCJA STOLCA :

BOLESNE PARCIE NA STOLEC :

NIEPEŁNE WYPRÓŻNIENIE :

BÓL LUB PIECZENIE PO WYPRÓŻNIENIU :

ŚLAD ŚWIEŻEJ KRWI NA PAPIERZE TOALETOWYM :

ŚWIEŻA KREW NA STOLCU :

SKRZEPY KRWI ZE STOLCEM:

ŚLIZ ZE STOLCEM :

BÓLE BRZUCHA (RODZAJ) : ILE RAZY W DZIEŃ ILE W NOCY

BÓLE BRZUCHA (LOKALIZACJA) :

INNE DOLEGLIWOŚCI :

.....
.....

DOLEGLIWOŚCI Z POZOSTAŁYCH UKŁADÓW : SERCOWEGO, ODDECHOWEGO I
INNYCH :

.....
.....

STOSOWANE LEKI :

.....
.....
.....

PRZEBYTE CHOROBY I OPERACJE :

.....
.....

OŚWIADCZAM, ŻE POWYŻSZE INFORMACJE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ I ZGADZAM SIĘ
NA SZCZEGÓŁOWY WYWIAD, BADANIE OGÓLNE I PROKTOLOGICZNE :

DATA :

PODPIS CHOREGO :

PIERWSZA WIZYTA , DATA :

DODATKOWE INFORMACJE Z WYWIADU :
.....
.....
.....

BADANIE FIZYKALNE :

BRZUCH
.....

BADANIE PER RECTUM :
.....
.....

DIETA :

ZALECENIA :
.....
.....
.....

KOLEJNA WIZYTA, DATA :