



Program „Profilaktyka 40 PLUS” Ankieta

Imię i nazwisko:	
Pesel:	
Adres:	
Tel.:	Mail:
Wzrost*:	Obwód w pasie*:
Waga*:	Ciśnienie tętnicze*:
Wskaźnik masy ciała (BMI)*:	

Poniżej prosimy o podanie podstawowych informacji (proszę podkreślić prawidłową odpowiedź).

- Czy w ostatnich trzech miesiącach mierzył/a Pan/i ciśnienie tętnicze krwi? TAK/NIE**
Jeśli TAK, proszę o podanie swojego wyniku:
Ciśnienie górne (skurczowe)
Ciśnienie dolne (rozkurczowe)
 NIE WIEM
- Czy w ostatnich 12 miesiącach był oznaczony u Pana/i poziom cholesterolu? TAK/NIE**
Jeśli TAK, proszę o podanie swojego wyniku
 NIE WIEM
- Czy w ostatnich 12 miesiącach był oznaczony u Pana/i poziom glukozy/cukru? TAK/NIE**
Jeśli TAK, proszę o podanie swojego wyniku
 NIE WIEM
- Czy u Pana/i rodzeństwa bądź rodziców ktoś chorował/choruje na cukrzycę? TAK/NIE**
 Oświadczam, że wcześniej nie uczestniczyłem/am w programie „Profilaktyka 40+”.
 Oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 2016 r.) zapoznałem/zapoznałam 1 się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z przysługującym prawem dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.
- Czy prowadzi Pan/i mało aktywny tryb życia? Co to znaczy niska aktywność fizyczna? To głównie siedzący tryb życia (gdzie większość dnia spędzasz w pozycji siedzącej). Aktywności typu spacer w spokojnym tempie, przemieszczanie się rowerem na krótkich dystansach czy czynności takie jak gotowanie, zmywanie, nadal zalicza się do niskiej aktywności fizycznej. TAK/NIE**
- Czy leczy się Pan/i z powodu chorób tarczycy/endokrynologicznych? TAK/NIE**
- **Czy występują u Pana/i takie objawy ze strony przewodu pokarmowego jak zmiana rytmu wypróżnień lub krew w stolcu? TAK/NIE**
- Czy u Pana/i rodzeństwa, rodziców lub dzieci występowała/występuje: nadwaga? TAK/NIE**
- **Czy u Pana/i rodzeństwa, rodziców, dzieci występował/występuje: nowotwór przewodu pokarmowego? TAK/NIE**
- Czy pali Pan/i wyroby tytoniowe obecnie? TAK/NIE**
Jeśli NIE, proszę o podać czy Pan/i palił/a wyroby tytoniowe w przeszłości? TAK/NIE
Jeśli TAK, proszę podać ile lat temu przestał/a Pan/i palić wyroby tytoniowe

.....
(podpis)

* wypełnia pielęgniarka

** odpowiadając twierdząco na pytanie, proszę przygotować do badania próbkę z kałem