

Ankieta Kwalifikacyjna do Abonamentowej **Opieki Medycznej**

DANE OSOBOWE:

1. Imię i nazwisko:.....
2. Data urodzenia:.....
3. PESEL:.....
4. Adres e-mail / numer telefonu kontaktowego:.....

CZĘŚĆ I: INFORMACJE OGÓLNE:

5. Czy posiadasz aktualne ubezpieczenie zdrowotne (NFZ, prywatne)?
☐ tak
☐ nie
6. Czy obecnie jesteś pod stałą opieką lekarza specjalisty?
☐ tak
☐ nie
7. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy korzystałeś/-aś z usług medycznych więcej niż:
 - a) 5 razy (lekarz rodzinny/internista)?
☐ tak
☐ nie
 - b) 3 razy (lekarz specjalista)?
☐ tak
☐ nie
 - c) 2 razy (szpital lub SOR)?
☐ tak
☐ nie

CZĘŚĆ II: STAN ZDROWIA

8. Czy chorujesz przewlekłe na którąś z poniższych chorób?
(zaznacz wszystkie, które dotyczą)

- ☐ Nadciśnienie tętnicze
- ☐ Cukrzyca (typ 1 lub 2)
- ☐ Choroby serca (np. migotanie przedsionków, niewydolność serca)
- ☐ Choroby tarczycy
- ☐ Astma / POChP
- ☐ Choroby neurologiczne (np. padaczka, SM)
- ☐ Choroby onkologiczne
- ☐ Inne przewlekłe schorzenia:
- ☐ Nie dotyczy

9. Czy obecnie przyjmujesz leki na stałe (codziennie lub regularnie)?

- ☐ tak
- ☐ nie

10. Czy posiadasz orzeczenie o niepełnosprawności?

- ☐ tak
- ☐ nie

Jeśli tak, jaki stopień?

- ☐ Lekki
- ☐ Umiarkowany
- ☐ Znaczny

CZĘŚĆ III: NAWYKI ZDROWOTNE

11. Czy palisz papierosy

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ Rzuciłem/-am (kiedy?):.....

12. Czy spożywasz alkohol częściej niż 2 razy w tygodniu?

- ☐ tak
- ☐ nie

13. Czy uprawiasz aktywność fizyczną min. 3 razy w tygodniu?

☐ tak

☐ nie

14. Czy jesteś naszym pacjentem Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ)?

☐ tak

☐ nie

OŚWIADCZENIA

- ☐ Oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą i zostały udzielone dobrowolnie.
- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów oceny kwalifikacji do pakietu medycznego, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).
- ☐ Zostałem/-am poinformowany/-a, że podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do rozpatrzenia zgłoszenia.
- ☐ Przyjmuję do wiadomości, że podanie fałszywych lub niezgodnych z prawdą informacji może stanowić podstawę do odmowy świadczenia usług medycznych w ramach pakietu lub rozwiązania umowy z winy osoby składającej ankietę.

Data i podpis pacjenta:

.....