

data wypełnienia ankiety

dd/mm/rrrr

**Dane osobowe**

Imię

Nazwisko

Adres

PESEL

1/2/3/4/5/6/7/8/9/10/11

tel. Kontaktowy

+48/123/456/789

Płeć

K/M

data urodzenia

dd/mm/rrrr

Kraj urodzenia

Miejsce urodzenia

miejscowość/ województwo

Miejsce zamieszkania

miejscowość/ województwo

Narodowość

wiek [lata]

wzrost [cm]

waga [kg]

obwód w talii [cm]

obwód bioder [cm]

**Wywiad rodzinny**

Czy w bliższej rodzinie ze strony ojca Uczestnika wystąpił (przed ukończeniem 50 r.ż.)

nagły zgon

T/N/ Nie wiem

zawał serca

T/N/ Nie wiem

udar mózgu

T/N/ Nie wiem

Czy w bliższej rodzinie ze strony matki Uczestnika wystąpił (przed ukończeniem 60 r.ż.)

nagły zgon

T/N/ Nie wiem

zawał serca

T/N/ Nie wiem

udar mózgu

T/N/ Nie wiem

Czy u Pani/Pana rodziców wystąpiło nadciśnienie tętnicze?

T/N/ Nie wiem

W jakim wieku?

Czy u Pani/Pana rodzeństwa wystąpiło nadciśnienie tętnicze?

T/N/ Nie wiem

W jakim wieku?

Czy u Pani/Pana rodziców wystąpiła choroba nowotworowa?

T/N/ Nie wiem

W jakim wieku?

Rodzaj nowotworu (jeśli jest znany)

Czy u Pani/Pana rodzeństwa wystąpiła choroba nowotworowa?

T/N/ Nie wiem

W jakim wieku?

Rodzaj nowotworu (jeśli jest znany)

Czy u Pani/Pana rodziców wystąpiła cukrzyca?

T/N/ Nie wiem

W jakim wieku?	
Czy u Pani/Pana rodzeństwa wystąpiła cukrzyca?	T/N/ Nie wiem
W jakim wieku?	
Czy w Pani/Pana rodzinie występuje choroba dziedziczna?	T/N/ Nie wiem
Jaka?	
<b>Wywiad osobowy</b>	
Czy choruje Pani/Pan na choroby przewlekłe?	T/N
Jakie?	
Czy przyjmuje Pani/Pan regularnie leki?	T/N
Jakie?	
Czy stosuje Pani/Pan dietę?	T/N
Jaką?	
Od jakiego czasu?	
Czy pali Pani/Pan papierosy?	T/N
Jeżeli tak to ile lat?	
Jeśli papierosy tradycyjne, to jak dużo?	mniej niż paczkę dziennie/ paczkę dziennie/ więcej niż paczkę dziennie
Jakie alternatywne sposoby dotraczania nikotyny Pani/Pan stosuje?	e-papierosy/ podgrzewacze tytoniu/waporyzatory/ nie stosuję
Od ilu lat Pan/Pan nie pali	
Czy prowadzi Pani/Pan aktywny tryb życia? (spacery/jazda na rowerze/ pływanie itp.) więcej niż dwa	T/N
<b>Informacja od Beneficjenta</b>	
Nazwa badania klinicznego	
Obszar leczenia (można zaznaczyć więcej niż jeden)	
endokrynologia	T/N
hematologia	T/N
kardiologia	T/N
neonatologia	T/N
neurologia	T/N
psychiatria	T/N
pulmonologia	T/N
onkologia	T/N
pediatria	T/N
radioterapia	T/N
Rodzaj schorzenia	
Uwagi	