



Pre-Surgery Enquiry Questionnaire

Kwestionariusz przedoperacyjny

Patient's Personal Details:

Dane osobowe pacjenta

Title:

First Name:

Imię:

Surname:

Nazwisko:

Date of Birth:

Data urodzenia:

Postal Address:

Adres:

Post Code:

Kod pocztowy:

Email Address:

Email:

Telephone / Fax:

Telefon / Fax:

Mobile Phone:

Telefon komórkowy:

Privacy statement:

Polityka prywatności:

Patient Choice International Ltd is committed to safeguarding the patient's privacy. Any medical information provided by patients will be kept strictly confidential and only be disclosed to others in connection with and for the purpose of treatment or treatment-connected administration.

Patient Choice International Ltd zobowiązuje się do ochrony prywatności pacjenta. Wszelkie informacje medyczne przekazane przez pacjenta będą traktowane jako ściśle poufne i zostaną wykorzystane jedynie w celu realizacji leczenia oraz związanej z leczeniem administracji.

Patient's Consent:

Zgoda pacjenta na udostępnienie dokumentacji medycznej.

I give my consent to any relevant medical documentation including X-rays or other tests, as is deemed necessary, to be given out for the purpose of the following treatment.

Wyrażam zgodę na, na ujawnienie mojej dokumentacji medycznej, oraz kopii zdjęć rentgenowskich i innych testów o ile to będzie konieczne w celu realizacji poniższego leczenia.

Signature:

Podpis

Date:

Data

*Tick boxes if you have the condition. Provide details in spaces. Use **BLACK INK**.*

Zaznacz okienka jeśli masz lub miałeś dane schorzenie. Dopisz szczegółowe dane w polach wykropkowanych. Użyj CZARNEGO DŁUGOPISU

What type of surgery would you like to have? Which side?

Jakiego rodzaju operacji potrzebujesz? Po której stronie?

.....

Have you been referred for this surgery by a consultant? Yes No

Czy zostałeś/aś skierowany na tą operację przez specjalistę?

Next of Kin Contact Details:

Dane najbliższego członka rodziny:

Title:

First Name:

Imię:

Surname:

Nazwisko:

Postal Address:

Adres:

.....

Post Code:

Kod pocztowy:

Telephone/Mobile:

Telefon / Telefon komórkowy

Patient's GP Contact Details:

Dane lekarza rodzinnego pacjenta:

Title:

First Name:

Imię:

Surname:

Nazwisko:

Postal Address:

Adres:

Post Code:

Kod pocztowy:

Email Address:

Email:

Telephone / Fax:

Telefon / Fax:

Patient's Consultant Contact Details:

Dane specjalisty pacjenta:

Title:

First Name:

Imię:

Surname:

Nazwisko:

Postal Address:

Adres:

Post Code:

Kod pocztowy:

Email Address:

Email:

Telephone / Fax:

Telefon / Fax:

Patient's medical information:

Dane medyczne pacjenta:

*Please note it is important that you answer all questions very carefully. You may wish to ask your GP to assist you with completing this part. Use **BLACK INK***

Uwaga. Należy zwrócić szczególną uwagę, i udzielić bardzo dokładnych odpowiedzi na wszystkie pytania. Możesz poprosić o pomoc w wypełnieniu tej części kwestionariusza swojego lekarza rodzinnego. Prosimy pisać CZARNYM DŁUGOPISEM

What is your weight in kilos?

Ile wynosi twoja waga w kilogramach?

What is your height in cm?

Jaki jest Twój wzrost w cm?

What is your ethnic origin?

Jakie jest Twoje pochodzenie etniczne?

Do you have or have you ever had...

Czy masz lub czy kiedykolwiek miałeś?

Heart Disease? Yes No

If your answer is "Yes" please specify.

Chorobę serca? Jeśli „Tak” to jaką?

.....

Angina / Chest pain? Yes No

Dusznicę bolesną / Bóle w klatce piersiowej?

Irregular heart beat / Palpitations? Yes No

Nieregularne bicie serca / Palpitacje?

High blood pressure? Yes No

If your answer is "Yes" please specify how high.

Wysokie ciśnienie? Jeśli odpowiedź jest "Tak" to jak wysokie?

.....

Myocardial infarction? Yes No

If your answer is "Yes" please give details.

Zawał serca? Jeśli odpowiedź jest tak podaj szczegóły.

.....

Respiratory conditions? Yes No

If your answer is "Yes" please specify which respiratory conditions.
eg. Asthma, Chronic Bronchitis, Other

Choroby układu oddechowego? Jeśli odpowiedź jest „Tak” określ jakie to choroby. Np. Astma, Chroniczne zapalenie oskrzeli, inne.

.....

Kidney or Urinary Tract diseases? Yes No

If your answer is "Yes" please specify which diseases.

Choroby nerek lub układu moczowego? Jeśli odpowiedź jest tak, określ.

.....

Thyroid disease? Yes No

If your answer is "Yes" please specify which thyroid disease.
eg. Hyperthyroidism, Hypothyroidism

Choroby tarczycy? Jeśli odpowiedź jest "Tak" określ jakie choroby tarczycy, Np. Nadczynność tarczycy, niedoczynność

.....

Diabetes Mellitus? Yes No

If your answer is "Yes" please specify which type.

Cukrzycę? Jeśli Twoja odpowiedź jest "Tak" określ który typ.

.....

Diabetic foot? Yes No

Stopę cukrzycową?

Liver disease? Yes No

If your answer is "Yes" please specify which liver disease.
eg. Jaundice, Hepatitis, Cirrhosis

Choroby wątroby? Jeśli Twoja odpowiedź jest "Tak" określ jakie choroby wątroby. Np. Żółtaczkę, Wirusowe zapalenie wątroby, marskość wątroby

.....

Skin diseases? Yes No

If your answer is "Yes" please specify which skin diseases.

Choroby skóry? Jeśli Twoja odpowiedź jest "Tak" określ jakie choroby skóry.

.....

Tuberculosis? Yes No

If your answer is "Yes" please say when and what treatment you received.

Gruźlicę? Jeśli Twoja odpowiedź jest tak, jakie leczenie otrzymałeś/aś?

.....

Osteo-arthritis? Yes No

Zapalenie kości i stawów?

Rheumatoid arthritis? Yes No

Reumatoidalne zapalenie stawów?

Sleep disorders? Yes No

If your answer is "Yes" please specify which sleep disorders.

Zaburzenia snu? Jeśli Twoja odpowiedź jest "Tak" określ jakie zaburzenia snu.

.....

Neurological conditions? Yes No

If your answer is "Yes" please specify which neurological conditions.

e.g. Stroke, Epilepsy, Blackouts/Fainting, Transient Ischaemic Attack, other

Schorzenia neurologiczne? Jeśli Twoja odpowiedź jest "Tak" określ jakie schorzenia neurologiczne? Np. Udar, Padaczkę, Zamroczenia/Omdlenia, Przemijający napad niedokrwienny, inne

.....

Contagious Diseases? Yes No

If your answer is "Yes" please specify which contagious diseases.

Choroby zakaźne? Jeśli Twoja odpowiedź jest "Tak" określ jakie choroby zakaźne.

.....

Parasitic infections? Yes No

If your answer is "Yes" please specify which parasitic infections.

Choroby pasożytnicze? Jeśli Twoja odpowiedź jest "Tak" określ jakie choroby pasożytnicze.

.....

Injuries? Yes No

If your answer is "Yes" please specify what injuries.

Urazy? Jeśli Twoja odpowiedź jest "Tak" określ jakie urazy.

.....

Varicose veins? Yes No

Żylaki?

Deep Vein Thrombosis? Yes No

Zakrzepicę?

Surgical operations? Yes No

If your answer is "Yes" please specify what operations you have undergone.

Operacje chirurgiczne? Jeśli Twoja odpowiedź jest "Tak" określ jakie operacje przeszedłeś/aś? Operacja / Data / Komplikacje

Operation	Date	Complications

Blood transfusion? Yes No

What is your blood group?

Transfuzję krwi? Jaką masz grupę krwi?

.....

Do you...

Czy?

take any medications including steroids? Yes No

If your answer is "Yes" please list all your medications.

bierzesz jakieś leki w tym sterydy? Jeśli Twoja odpowiedź jest „Tak” wypisz listę wszystkich leków.
Nazwa leku / Dawka / Częstotliwość

Name of medication	Dose	Frequency

take contraceptive pills? Yes No

bierzesz pigułki antykoncepcyjne?

smoke? Yes No

If you smoke say how many cigarettes a day?

palisz? Jeśli palisz to ile papierosów dziennie?

drink alcohol? Yes No

If you drink alcohol please say how many units per week?

(Pint of beer/lager = 2 units; Glass of wine = 1 unit; Spirit measure = 1unit)

pijesz alcohol? Jeśli pijesz alcohol to ile jednostek tygodniowo? (0,5 litra piwa = 2 jednostki; Kieliszek wina = 1 jednostka; kieliszek mocnego alkoholu = 1 jednostka)

.....
snore at night? Yes No

chrapiasz w nocy?

wear spectacles? Yes No

nosisz okulary?

wear contact lenses? Yes No

nosisz soczewki kontaktowe?

wear dentures? Yes No

nosisz protezy dentystyczne?

When did you last have your dental treatment?

Kiedy ostatnio byłeś/aś u dentysty?

.....

Are you allergic to ...

Czy masz alergię na ...

any medications? Yes No

If your answer is "Yes" please list those medications and state symptoms.

Jakieś lekarstwa? Jeśli Twoja odpowiedź jest "Tak" określ na jakie lekarstwa i jakie są symptomy.

.....
.....

any foods? Yes No

If your answer is "Yes" please list those foods.

Jakieś pokarmy? Jeśli Twoja odpowiedź jest "Tak" wypisz te pokarmy.

.....

elastoplast, latex or iodine? Yes No

If your answer is "Yes" please specify.

elastoplasts, latex lub jodynę? Jeśli Twoja odpowiedź jest "Tak" określ na co?

.....

any other substances? Yes No

If your answer is "Yes" please list them.

Jakiegokolwiek inne substancje? Jeśli Twoja odpowiedź jest "Tak" wypisz je.

.....

Have you ever had a bad reaction to anaesthesia? Yes No

If your answer is "Yes" please give detail. This could involve symptoms such as vomiting, breathing difficulties, pain or confusion.

Czy kiedykolwiek miałeś/aś jakąkolwiek negatywną reakcję na znieczulenie? Jeśli Twoja odpowiedź jest "Tak" podaj szczegóły. Mogą to być symptomy takie jak wymioty, trudności z oddychaniem, ból lub dezorientacja.

.....

Has any family member had a bad reaction to anaesthesia? Yes No

If your answer is "Yes" please give detail.

Czy ktoś z Twoich członków rodziny miał kiedykolwiek negatywną reakcję na znieczulenie? Jeśli tak to określ jaką.

.....

Are you able to manage normal everyday activities? Yes No

If your answer is "No" please describe your restrictions.

Czy radzisz sobie z normalnym czynnościami życia codziennego? Jeśli Twoja odpowiedź jest „Nie” określ swoje ograniczenia.

.....
.....

How far can you walk? What sort of orthopaedic aid equipment do you use? (eg. frame, crutches, wheelchair)

Jaki dystans możesz przejść? Jakiego rodzaju sprzętu ortopedycznego używasz? (np. balkonik, kule, wózek inwalidzki)

.....

Have you recently had a cold or flu? Yes No
If your answer is "Yes" please say when.

Czy chorowałeś/aś ostatnio na grypę lub miałeś/aś przeziębienie? Jeśli Twoja odpowiedź jest „Tak” powiedz kiedy.

.....

Are you pregnant? Yes No
If your answer is "Yes" please say which month.

Czy jesteś w ciąży? Jeśli Twoja odpowiedź jest "Tak" podaj w którym miesiącu.

.....

Important Information

Patient Choice International Ltd cannot accept any responsibility for the outcome of any medical treatment. Patient Choice International Ltd employees neither practice medicine nor give medical or legal advice either directly or indirectly.

Only when the service provider is satisfied the proposed treatment is applicable for the patient will therapeutic intervention be undertaken. The clinical judgements made will be to ensure the best possible treatment of the patient and to avoid inconvenience or reduce the risk of complications. Patient Choice International is not responsible for any refusal by clinicians to treat requested conditions if they deem them inappropriate to the service available.

Prior to the treatment, the hospital will hold a preliminary consultation with the patient, which will form the basis of an informed consent consisting of a) details of the nature and severity of the disease for which treatment is being offered, b) advice on the treatment options available, c) effects of no treatment, d) specific risks of the proposed treatment and e) risks of surgery in general.

The medical treatment prices may not include transport from or to an airport in Poland. They include consultation, diagnostic examinations, agreed treatment, hospitalisation. The treatment price does not include the cost of flights. The treatment price sometimes does not include the cost of prostheses or additional equipment. The treatment price does not include the cost of additional consultations, treatment, hospitalisation or medication, which may be needed after being revealed during the patient stay or treatment. Should a need for such additional treatment arise the cost will be discussed with the patient.

The full payment must be made directly to the chosen hospital before the treatment.

Ważna informacja

Patient Choice International Ltd nie ponosi żadnej odpowiedzialności za wynik leczenia. Pracownicy Patient Choice International Ltd nie praktykują medycyny ani nie udzielają bezpośrednio lub pośrednio porad prawnych lub medycznych.

Proponowane leczenie pacjenta zostanie przeprowadzone przez usługodawcę wyłącznie pod warunkiem pozytywnej kwalifikacji pacjenta. Zostanie przeprowadzona ocena kliniczna w celu zapewnienia jak najlepszego leczenia pacjenta i uniknięcia niedogodności oraz zmniejszenia ryzyka wystąpienia komplikacji. Patient Choice International nie ponosi odpowiedzialności w przypadku udzielenia przez usługodawcę odmowy przeprowadzenia leczenia ze względu na brak możliwości dostarczenia odpowiedniej usługi.

Przed przystąpieniem do leczenia, szpital przeprowadzi wstępną konsultację z pacjentem, która będzie stanowić podstawę udzielenia świadomej zgody i będzie obejmować a) szczegółowe informacje na temat rodzaju i stopnia nasilenia choroby, dla których leczenie jest oferowane, b) doradztwo w zakresie dostępnych opcji leczenia, c) skutków zaprzestania leczenia, d) szczególnego ryzyka proponowanego leczenia i e) ogólnych zagrożeń związanych z operacją.

Ceny za leczenie mogą nie obejmować kosztu transportu z lub do portu lotniczego w Polsce. Obejmują one konsultacje, badania diagnostyczne, uzgodnione leczenie, hospitalizację. Cena leczenia nie obejmuje kosztów lotów. Cena leczenia czasami nie obejmuje kosztów protez lub dodatkowego sprzętu. Stawka cena leczenia nie obejmuje kosztów dodatkowych konsultacji, leczenia, hospitalizacji lub leków, które mogą być potrzebne po ujawnieniu ich w czasie pobytu lub leczenia pacjenta. Gdyby zaszła potrzeba takiej przeprowadzenia dodatkowego leczenia, koszty takiego dodatkowego leczenia zostaną omówione z pacjentem.

Pełna płatność za leczenie musi być uiszczona na konto szpitala zanim szpital przystąpi do leczenia.

I understand that failure to provide full information may result in the necessity of postponing or refusing my treatment.

Przyjmuję do wiadomości, że niedostarczenie pełnych informacji może skutkować opóźnieniem lub odmową przeprowadzenia leczenia.

Print Name:

Signature: Date:

Imię i nazwisko drukowanymi literami. Podpis Data

Once you have completed, signed and dated the Pre-Surgery Questionnaire please send it to:

Po wypełnieniu, podpisaniu i opatrzeniu datą Kwestionariusza Przedoperacyjnego prosimy o przesłanie go na poniższy adres:

Patient Choice International Ltd
20-22 Wenlock Road,
London, N1 7GU