

# Formularz Medyczny Część A

(wypełnia aplikant, podlega weryfikacji przez lekarza)



Imię i nazwisko aplikanta: \_\_\_\_\_

Zaznacz odpowiednie pole, jeśli obecnie występują u Ciebie lub kiedykolwiek występowały poniższe schorzenia:

<input type="checkbox"/> COVID-19* <input type="checkbox"/> Gruźlica <input type="checkbox"/> Tyfus <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Zapalenie stawów <input type="checkbox"/> Wrzody <input type="checkbox"/> Choroba weneryczna <input type="checkbox"/> Opryszczka (opryszczka wargowa) <input type="checkbox"/> Choroby nerek <input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Ospa wietrzna <input type="checkbox"/> Świnka <input type="checkbox"/> Odra <input type="checkbox"/> Różyczka <input type="checkbox"/> Krztusiec <input type="checkbox"/> Błonica <input type="checkbox"/> Tęžec <input type="checkbox"/> Szkarlatyna <input type="checkbox"/> Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> Choroby oczu <input type="checkbox"/> Choroby serca <input type="checkbox"/> Choroby menstruacyjne <input type="checkbox"/> Gorączka reumatyczna <input type="checkbox"/> Epilepsja/Konsulsje <input type="checkbox"/> Cięża/Pronienie lub Aborcja <input type="checkbox"/> Przepuklina <input type="checkbox"/> Żyłki kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Infekcje uszu <input type="checkbox"/> Choroby pęcherza moczowego <input type="checkbox"/> Bulimia <input type="checkbox"/> Anoreksja <input type="checkbox"/> Zaburzenia depresyjne <input type="checkbox"/> Lunatykowanie <input type="checkbox"/> Cukrzyca <input type="checkbox"/> Zaburzenia lękowe	<input type="checkbox"/> Mononukleozą zakaźną <input type="checkbox"/> Migreny/Bóle głowy <input type="checkbox"/> Zawroty głowy/Omdlenia Zapalenie wątroby <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Inne: <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
---	---	--	--	---

Jeśli zaznaczyłeś którekolwiek z powyższych pól, podaj szczegóły wraz z datami:

**Warunkiem uczestnictwa w tym programie jest zaszczepienie na odrę, świnkę, różyczkę, ospę wietrzną. Wymogiem jest również szczepienie przeciwko tężcowi, błonicy i krztuścowi w ciągu ostatnich 10 lat.**

Czy poza wypełnieniem tego formularza odbywałeś w ciągu ostatnich 12 miesięcy konsultacje lekarskie lub byłeś hospitalizowany? Jeżeli tak, to dlaczego?

Czy kiedykolwiek otrzymałeś porady i/lub przyjmowałeś leki na problemy nerwowe, zaburzenia odżywiania, depresję lub problemy emocjonalne?

Tak  Nie    Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje oraz daty: \_\_\_\_\_

Czy kiedykolwiek byłeś ofiarą przemocy seksualnej, emocjonalnej lub fizycznej? Tak  Nie

Jeśli tak, proszę podać szczegółowe informacje oraz daty: \_\_\_\_\_

Czy masz alergię pokarmową?  Tak  Nie    Jeżeli tak, jakie? \_\_\_\_\_  
Czy masz alergię na zwierzęta?  Tak  Nie    Jeżeli tak, jakie? \_\_\_\_\_  
Czy masz alergię na leki?  Tak  Nie    Jeżeli tak, jakie? \_\_\_\_\_  
Czy masz jakieś inne alergię?  Tak  Nie    Jeżeli tak, jakie? \_\_\_\_\_

Czy masz nawyki, które mogą mieć wpływ na Twoje zdrowie (np. alkohol, papierosy, narkotyki)?  Tak  Nie

Czy Twoja sprawność fizyczna jest w jakikolwiek sposób ograniczona?  Tak  Nie

Czy chorujesz na jakiegokolwiek choroby zakaźne, takie jak zapalenie wątroby lub wirus HIV?  Tak  Nie

Czy obecnie zażywasz jakieś leki?  Tak  Nie    Jeżeli tak, jakie?: \_\_\_\_\_

Czy obecnie chorujesz na przewlekłe lub nawracające choroby?  Tak  Nie    Jeżeli tak, jakie?: \_\_\_\_\_

Rozumiem i zgadzam się z tym, że rodziny goszczące mogą mieć dostęp do niniejszego formularza medycznego. Udzielam zgody lekarzowi wypełniającemu część B na przegląd moich odpowiedzi w części A oraz na dostarczenie i omówienie dodatkowych informacji, jeśli zażąda tego AIFS.

W razie nagłego wypadku upoważniam dowolnego dostawcę usług medycznych do udostępnienia informacji dotyczących mojego stanu zdrowia AIFS, jej partnerom lub ubezpieczycielowi/służbom pomocy w nagłych wypadkach i rozumiem, że AIFS może skontaktować się z moimi najbliższymi krewnymi bez uprzedniej zgody.

Powyższe informacje są zgodne z moją najlepszą wiedzą i niniejszym wyrażam zgodę na opiekę medyczną w nagłych wypadkach, jeśli będzie to konieczne. Rozumiem, że zatajanie lub fałszowanie jakichkolwiek informacji zawartych w części A & B może skutkować wycofaniem mnie z programu.

Podpis: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

# Formularz Medyczny Część B

(wypełnia lekarz)



Imię i nazwisko aplikanta: \_\_\_\_\_

Od jak dawna zna Pan/Pani aplikanta? \_\_\_\_\_

Czy jest Pan/Pani spokrewniony/a z aplikantem?  Tak  Nie (osoby spokrewnione nie mogą wypełniać tego formularza)

Proszę zapoznać się z informacjami podanymi w części A i przedstawić swoją opinię na temat ogólnego stanu zdrowia aplikanta:

Doskonały  Dobry  Zadowolający  Zły

## Szczepienia

Proszę upewnić się, czy aplikant jest obecnie odporny na następujące choroby (poprzez szczepienia lub przebycie danej choroby):

Odra	Data szczepienia: _____	/	Data choroby: _____
Świnka	Data szczepienia: _____	/	Data choroby: _____
Różyczka	Data szczepienia: _____	/	Data choroby: _____
Ospa wietrzna	Data szczepienia: _____	/	Data choroby: _____
Błonica	Data szczepienia: _____		
Tęžec	Data szczepienia: _____		
Krztusiec	Data szczepienia: _____	/	Data choroby: _____

Odporność na krztusiec nabyta po jego przebyciu musi być udowodniona badaniami krwi.

Data pozytywnego badania krwi: \_\_\_\_\_

Proszę również wskazać, czy aplikant został uodporniony na następujące schorzenia:

Polio	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Data: _____
Gruźlica	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Data: _____
Dur brzuszny	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Data: _____
Covid-19	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Data: _____

## Ogólny stan zdrowia

Proszę zaznaczyć odpowiednie pole jeżeli występują nieprawidłowości w następujących organach/układach:

<input type="checkbox"/> Uszy, nos i gardło	<input type="checkbox"/> Oczy	<input type="checkbox"/> Zaburzenia neuropsychiatryczne	<input type="checkbox"/> Choroby metaboliczne
<input type="checkbox"/> Układ moczowo-płciowy	<input type="checkbox"/> Skóra	<input type="checkbox"/> Układ sercowo-naczyniowy	<input type="checkbox"/> Układ mięśniowo-szkieletowy
<input type="checkbox"/> Mózg, układ nerwowy	<input type="checkbox"/> Układ pokarmowy	<input type="checkbox"/> Układ oddechowy/płuca	<input type="checkbox"/> Inne

Jeżeli zaznaczył/a Pan/Pani którykolwiek z powyższych punktów, prosimy o podanie szczegółów i dat:

## Zdrowie emocjonalne

Czy aplikant jest lub był kiedykolwiek leczony/szukał porady lub przyjmował leki w związku z chorobami na tle nerwowym, zaburzeniami odżywiania, zaburzeniami depresyjnymi/lękowymi lub problemami emocjonalnymi?  Tak  Nie  
Jeżeli tak, proszę podać szczegóły i daty oraz omówić obecny stan emocjonalny aplikanta:

Czy aplikant cierpi na jakiegokolwiek problemy na tle fizycznym, emocjonalnym lub seksualnym (nadużycie/przemoc)?  Tak  Nie

Jeżeli tak, komentarz:

## Choroby zakaźne

Czy zgodnie z posiadanymi informacjami, aplikant jest potencjalnym nosicielem jakiegokolwiek choroby zakaźnej, takiej jak zapalenie wątroby typu B lub C, lub wirusa HIV? (Aplikant nie musi być zbadany)  Tak  Nie

Czy aplikant był hospitalizowany dłużej niż trzy dni?  Tak  Nie

Jeżeli zaznaczył/a Pan/Pani "Tak" powyżej, proszę podać stosowne szczegóły i daty:

Miejsce na wszelkie dodatkowe istotne informacje:

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Nr telefonu: \_\_\_\_\_

Podpis i pieczęć lekarza: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_