

## CHECKLISTA

Imię i nazwisko .....

Data wypełnienia ankiety .....

PESEL: .....

Miejsce zamieszkania:

- miasto
- wieś

Proszę zaznaczyć charakter wykonywanej pracy:

- umysłowa
- fizyczna
- nie pracuje zawodowo

Czy towarzyszy Pani/Panu zmęczenie, ociężałość, słaba wytrzymałość fizyczna?

- tak
- nie

Czy cierpi Pani/Pan na bezsenność lub/i płytki sen?

- tak
- nie

Czy miewa Pani/Pan bezdech nocny?

- tak
- nie

Czy miewa Pani/Pan drętwienia całych kończyn lub/i tylko palców?

- tak
- nie

Czy miewa Pani/Pan drętwienia języka?

- tak
- nie

Czy towarzyszy Pani/Panu ból bioder, w przypadku mężczyzn jąder?

- tak
- nie

Czy miewa Pani/Pan ból i kurcze mięśni?

- tak
- nie

Czy miewa Pani/Pan tiki mięśni twarzy?

- tak
- nie

Czy towarzyszą Pani/Panu częste bóle głowy?

- tak
- nie

Czy towarzyszą Pani/Panu ból i obrzęki stawów?

- tak
- nie

Czy miewa Pani/Pan sztywność karku, trzeszczenie szyi?

- tak
- nie

Czy miewa Pani/Pan ból zębów bez wyraźnych przyczyn stomatologicznych?

- tak
- nie

Czy miewa Pani/Pan przeszywające bóle?

- tak
- nie

Czy cierpi Pani/Pan na szmery w sercu, bloki serca lub inne arytmie?

- tak
- nie

Czy towarzyszą Pani/Panu jednostronne paraliże twarzy?

- tak
- nie



Czy towarzyszą Pani/Panu zaburzenia widzenia, podwójne widzenie, czarne plamy, nadwrażliwość na światło (podstawowe badanie okulistyczne nie wykazuje zmian).

- tak
- nie

Czy towarzyszą Pani/Panu zaburzenia słuchu, dzwonienie w uszach, bóle uszu, nadwrażliwość na dźwięki?

- tak
- nie

Czy miewa Pani/Pan zaburzenia koncentracji?

- tak
- nie

Czy miewa Pani/Pan zmiany nastroju, drażliwość, depresja?

- tak
- nie

Czy miewa Pani/Pan drżenie rąk i innych części ciała?

- tak
- nie

Czy miewa Pani/Pan bolesność na dotyk, nadwrażliwość skóry?

- tak
- nie

Czy miewa Pani/Pan częste anginy?

- tak
- nie

Czy towarzyszy Pani/Panu brak orientacji?

- tak
- nie

Czy występują u Pani/Pana zmiany skórne (wysypka, zaczerwienienie, guzki)?

- tak
- nie

Czy występują u Pani/Pana dolegliwości dyspeptyczne (nudności, wymioty)?

- tak
- nie

Czy stosuje Pani/Pan leki przeciwbólowe? Jeśli tak, to z jakim efektem?

- tak  
Z jakim efektem?

.....

- nie

Czy stosuje Pani/ Pan leki nasercowe (antyarytmiczne)?

- tak
- nie

Miejsce pracy:

Środowisko wiejskie

- tak
- nie

Okolice zalesione, łąki, miejsca bytowania kleszczy:

- tak
- nie

Hobby związane z bytowaniem na świeżym powietrzu, miejscach bytowania kleszcza:

- tak
- nie