

ANKIETA PARAZYTOLOGICZNA

DANE PACJENTA

RUBRYKI WYPEŁNIAMY DRUKOWANYMI LITERAMI - CZYTELNIIE

| | | |
|----------------|---------------|-------|
| IMIĘ | NAZWISKO | PESEL |
| NUMER TELEFONU | ADRES MAILOWY | |

SPECJALISTA KIERUJĄCY NA BADANIE

| | |
|---|--------|
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej utworzonej na potrzeby dzielenia świadczeń medycznych w OlimpiaMed Laboratorium Diagnostyczne oraz firm podwykonawczych, zgodnie z Rozporządzeniem Ochrony Danych Osobowych. | |
| DATA | PODPIS |
| Wyrażam zgodę na otrzymywanie telefonicznych połączeń przychodzących i/lub wiadomości SMS inicjowanych przez OlimpiaMed Laboratorium Diagnostyczne zgodnie z art. 172 ustawy prawo telekomunikacyjne (Dz.U. z 2017 r. poz. 1907) | |
| DATA | PODPIS |
| Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji środkami komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dn. 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U.2017.1219) przez OlimpiaMed Laboratorium Diagnostyczne. | |
| DATA | PODPIS |

UWAGA!

**BRAK WYRAŻENIA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH SKUTKUJE BRAKIEM
MOŻLIWOŚCI WYKONANIA BADANIA.**

**BRAK WYRAŻENIA ZGODY NA KONTAKT MAILOWY SKUTKUJE BRAKIEM MOŻLIWOŚCI WYSŁANIA
WYNIKÓW**

PROSZĘ O WYKONANIE PONIŻSZYCH BADAŃ

| NAZWA BADANIA | TAK (X) | CENA |
|--|---------|------------------|
| BADANIE PARAZYTOLOGICZNE KAŁU (1 PRÓBKĄ) | | 120,00 zł |
| BADANIE PARAZYTOLOGICZNE KAŁU (3 PRÓBKİ) | | 300,00 zł |
| BADANIE KAŁU NA KREW UTAJONĄ | | 60,00 zł |
| BADANIE KAŁU W KIERUNKU GIARDIA INTESTINALIS (ANTYGEN) | | 80,00 zł |
| BADANIE KAŁU NA ANTYGEN HELICOBACTER PYLORII | | 80,00 zł |
| KALPROTEKTYNA W KALE | | 110,00 zł |
| POSIEW KAŁU W KIERUNKU GRZYBÓW | | 70,00 zł |
| POSIEW KAŁU W KIERUNKU BAKTERII | | 70,00 zł |
| BADANIE MOCZU W KIERUNKU PRZYWRY KRWI (3 PRÓBKİ) | | 150,00 zł |
| BADANIE RZĘS/ZESKROBIN W KIERUNKU NUŻEŃCA | | 55,00 zł |
| WYMAZ Z OKOLICY ODBYTU W KIERUNKU JAJ OWSIKA | | 50,00 zł |
| BADANIE OGÓLNE KAŁU | | 40,00 zł |
| ANALIZA PIERWIASTKOWA WŁOSA | | 380,00 zł |
| HEMOPIROLLAKTAM W MOCZU (HPL) | | 145,00 zł |
| GLIFOSAT W MOCZU | | 220,00 zł |

 rezerwacja 531 26 56 26

 badania@olimpiamed.com

 laboratorium 668 149 426

 olimpiamed.com

| Objawy | TAK/Jak często | NIE |
|-------------------------------|----------------|-----|
| BÓLE BRZUCHA | | |
| ROZWOLNIENIE | | |
| ZATWARDZENIE | | |
| ILOŚĆ WYPRÓŻNIEŃ NA DZIEŃ | | |
| ODCZUCIE "PRZELEWANIA" | | |
| WZDĘCIA | | |
| GAZY | | |
| BÓLE GŁOWY | | |
| ZAWROTY | | |
| BÓLE MIĘŚNI | | |
| BÓLE STAWÓW | | |
| OKRESOWE ZABURZENIA WZROKU | | |
| NAPADOWY KASZEL | | |
| DUSZNOŚĆ | | |
| POBUDLIWOŚĆ NERWOWA | | |
| ZACHCIANKI NA SŁODYCZE | | |
| NAPADY GŁODU | | |
| PODJADANIE W NOCY | | |
| NIESPOKOJNY SEN | | |
| SPADEK MASY CIAŁA | | |
| WZROST MASY CIAŁA | | |
| ŚWIĄD SKÓRY | | |
| ŚWIĄD W OKOLICY POŚLADKÓW | | |
| ŚWIĄD W OKOLICACH INTYMNYCH | | |
| ZACZERWIENIENIE SKÓRY | | |
| UCZULENIA (NA CO?) | | |
| WYSYPKA | | |
| OBRZĘKI | | |
| "WORKI" POD OCZAMI | | |
| ZGRZYTANIE ZĘBAMI | | |
| WZMOŻONA POTLIWOŚĆ | | |
| POTLIWOŚĆ POŚLADKÓW | | |
| ANEMIA (NISKA HEMOGLOBINA) | | |
| NISKIE PŁYTKI KRWI (PLT) | | |
| PRZEDŁUŻONE CZASY KRZEPNIĘCIA | | |
| BOLESNE ODDAWANIE MOCZU | | |
| CZĘSTE INFEKcje DRÓG MOCZOWO- | | |
| DEPRESJA | | |
| ZMĘCZENIE | | |

| CHOROBY | TAK | NIE |
|---|-----|-----|
| HASHIMOTO | | |
| ZESZTYWNIAJĄCE ZAPALENIE STAWÓW KŁĘGOSŁUPA | | |
| TOCZEŃ UKŁADOWY | | |
| STWARDNIENIE ROZSIANE | | |
| WRZODZIEJĄCE ZAPALENIE JELITA GRUBEGO | | |
| REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW (RZS) | | |
| CHOROBA LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA | | |
| ŁUSZCZYCA | | |
| ASTMA | | |
| ZESPÓŁ JELITA DRAŻLIWEGO | | |
| KAMICA ŻÓŁCIOWA | | |
| CHOROBY TRZUSKI | | |
| CHOROBY WĄTROBY | | |
| CUKRZYCA | | |
| ZESPÓŁ ASPERGERA | | |

INNE CHOROBY:

| PODRÓŻE | | |
|---------|-------------------------|---|
| Kraj | Kiedy odbyła się podróż | Niepokojące objawy podczas pobytu lub zaraz po powrocie |
| | | |
| | | |

| DIETA | | |
|------------------------------------|-----|-----|
| PYTANIE | TAK | NIE |
| Czy spożywa Pan/Pani surowe mięso? | | |
| Czy spożywa Pan/Pani owoce morza? | | |
| Czy spożywa Pan/Pani wędzone ryby? | | |

| OSTATNIE BADANIE PARAZYTOLOGICZNE | |
|-----------------------------------|-------|
| DATA | WYNIK |
| | |

| ZASTOSOWANE LECZENIE PRZECIWPASOŻYTNICZE | |
|--|------------------|
| LEKI | OKRES STOSOWANIA |
| | |

Czy w domu są zwierzaki? Jakże:

UWAGI: