

Kolejny numer badania	Miejsce badania
Godzina badania (hh:mm) :	Wiek..... Wzrost..... Płeć.....

ANKIETA

Prosimy o zaznaczenie właściwej dla Pana/Pani odpowiedzi.

Czy miał/a Pan/i kiedykolwiek wykonywaną spirometrię?

Tak ☐ Nie ☐

Czy są obecne u Pana/i następujące objawy:

Długotrwałe, dłuższe niż 12 tygodni występowanie objawów

Duszność/zadyszka podczas chodzenia	☐	Kaszel suchy	☐
Kaszel z odkrztuszaniem plwociny	☐	Świszczący oddech	☐

Czy ma Pan/i rozpoznanie którejkolwiek w wymienionych chorobach?

Astma	☐	Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc	☐
Przewlekłe zapalenie oskrzeli	☐	Choroba nowotworowa płuc	☐
Nadciśnienie tętnicze	☐	Choroba wieńcowa	☐
Zawał serca	☐	Udar mózgu	☐

Czy pali Pan/Pani tytoń?

Tak* ☐ Nie ☐

**jeśli TAK proszę podać liczbę lat i liczbą wypalanych papierosów*

Lat ☐ Papierosów dziennie ☐

Czy jest Pan/Pani biernym palaczem?

Tak ☐ Nie ☐

Bierne palenie tytoniu: Praca ☐ Dom ☐

Prosimy o podanie nazwy miejsca zamieszkania

Miejscowość ulica