

Co?.....

.....

**Czy jest Pani/Panu WIADOMO że,
chorował(a) lub choruje Pan/Pani
na którąś z podanych poniżej
chorób lub objawów choroby:**

- Czy są dolegliwości ze strony nosa?

TAK NIE

- Czy był uraz nosa z krwawieniem?

TAK NIE

- Czy występuje utrudnienie oddychania przez nos?

TAK NIE

- Czy występuje utrzymujący się lub często nawracający katar (powyżej 3x w roku)?

TAK NIE

- Czy występuje spływanie wydzieliny z nosa do gardła?

TAK NIE

- Czy występuje uczucie suchości w nosie?

TAK NIE

- Czy występuje częste kichanie?

TAK NIE

- Czy występuje krwawienie z nosa?

TAK NIE

- Czy występuje zaburzenie węchu?

TAK NIE

- Czy którykolwiek z wymienionych powyżej dolegliwości występuje sezonowo?

TAK NIE

- Czy występują zapalenia zatok?

TAK NIE

- Czy występują zapalenia gardła?

TAK NIE

- Czy były zapalenia płuc?

TAK NIE

- Czy występują dolegliwości uszu?

TAK NIE

- Czy występuje ból uszu?

TAK NIE

- Czy występuje zapalenie uszu?

TAK NIE

- Czy występuje swędzenie uszu?

TAK NIE

- Czy występuje przytykanie (ucisk) w uszach?

TAK NIE

- Czy występuje osłabienie słuchu?

TAK NIE

- Czy występują szumy w uszach?

TAK NIE

- Czy choruje Pani/Pan na choroby gardła?

TAK NIE

- Czy występują bóle gardła?

TAK NIE

- Czy występuje suchość gardła?

TAK NIE

- Czy występuje nieprzyjemny zapach z ust?

TAK NIE

- Czy występuje stałe odchrząkiwanie?

TAK NIE

- Czy pali Pani/Pan regularnie?

TAK NIE

- Czy pije Pan/Pani regularnie alkohol?

TAK NIE

- Czy choruje Pani/Pan na inną nie wymienioną wyżej chorobą?

.....

.....

- Czy Pan/Pani chrapie?

TAK NIE

- Czy w czasie snu występują bezdechy?

TAK NIE

- Czy Pan/Pani budzi się w nocy?

TAK NIE

- Czy Pan/Pani budzi się z wyschniętymi ustami ustami/językiem

TAK NIE

- Czy występują rano po przebudzeniu bóle głowy?

TAK NIE

- Czy były choroby błędnika?

TAK NIE

- Czy występują zawroty głowy?

TAK NIE

- Czy występują zaburzenia równowagi?

TAK NIE

.....

Data

Podpis