Wazektomia.com
nowoczesna antykoncepcja dla mężczyzn

Centrum Planowania Rodziny
ul. Kazachska 5/U1, 02-999 Warszawa
Telefon: 22 626 33 33
Email: rejestracja@wazektomia.com
WWW: www.wazektomia.com

REWAZEKTOMIA - ANKIETA PACJENTA

Proszę odpowiedzieć na każde z pytań w tym formularzu (z (*) nie są wymagane). Istotnym dla nas jest zdobycie jak najdokładniejszej wiedzy na temat przeszłości, historii choroby, historii reprodukcji oraz przyszłych planów i oczekiwań, aby jak najlepiej obsłużyć Pacjenta. Dane posłużą do przyszłych opracowań naukowych.

Imię i nazwisko
Wiek Wykształcenie
Zawód
Małżeństwo 1 2 3 Inne
Staż związku Czy uważasz, że to związek permanentny? T N

Imię partnerki (*)
Wiek Wykształcenie
Zawód
Małżeństwo 1 2 3 Inne

	1	2	3	4	5	6
Wiek dziecka						
Płeć (Kobieta / Mężczyzna)	---	---	---	---	---	---
Nasze/Moje/Jej/Adoptowane	---	---	---	---	---	---
Mieszka ze mną (Tak/Nie)	---	---	---	---	---	---

Chcesz miec więcej dzieci w przyszłości? (Tak/Nie/Nie wiem) T N ?
Czy rozważyłbyś adopcję, jeżeli zdecydowałbyś się na więcej dzieci? T N
Od jak dawna rozpatrywałeś możliwość wykonania rewazektomi?
Czy Ty, albo Twoja Partnerka macie jakiekolwiek problemy seksualne, albo obawy? T N
Czy w rodzinie występują choroby genetyczne? Jeśli tak, to jakie?
Jak oceniasz swój obecny stan zdrowia? (Dobry / Średni / Kiepski) D Ś K
Czy przechodziłeś chorobę umysłową, lub depresję? (*) T N
Czy uważasz, że jesteś bardziej wrażliwy na ból niż przeciętny człowiek? T N
Czy masz skłonności do omdleń? T N
Czy Ty lub ktoś z Twojej rodziny ma skłonności do krwawień lub zaburzeń? T N
Czy miałeś chorobę nerek lub zaburzenia czynności nerek? T N
Czy miałeś zapalenie gruczołu krokowego, zapalenie najądrza, rzeżączkę, chlamydie, wirusowe zapalenie wątroby lub AIDS? T N
Czy kiedykolwiek miałeś przepuklinę, zakażenie, nowotwór, lub nieprawidłowości w mosznie lub jądrach? T N
Czy kiedykolwiek miałeś poważne obrażenia bądź operację obszaru moszny lub jąder? T N
Wymień wszystkie operacje, które miałeś
Czy masz jakiekolwiek powikłania, nadmierny ból lub krwawienie po zabiegu? T N
Wymień wszystkie leki, które przyjmowałeś przez ostatnie dwa tygodnie
Czy przyjmowałeś aspirynę, bądź produkty ją zawierające na przestrzeni ostatnich 5 dni? T N
Wymień wszystkie alegrie na leki, lekarstwa lub znieczulenia (jeśli takowe posiadasz, jeżeli nie pozostaw puste pole)
Wymień wszystkie poważne choroby, które przechodziłeś
Kiedy został wykonany zabieg wazektomii?

Data i podpis Pacjenta