

Forum Pacjentów Poradni Liquorpond
Formularz aplikacyjny pacjenta

DANE KONTAKTOWE

Tytuł (proszę wybrać) Pan/Pani/ Panna/Dr/Ksiądz/Inny

Imię i nazwisko

Adres

Kod pocztowy

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

INFORMACJE DODATKOWE

Odpowiedzi na pytania dodatkowe pomogą nam się upewnić, że rozmawiamy z reprezentatywną grupą pacjentów zarejestrowanych w naszej przychodni. Informacje podane przez Państwa traktowane będą jako poufne.

* Czy jest Pan/i opiekunem (t.j. czy opiekuje się Pan/i kimś, kto z powodu niepełnosprawności, choroby lub podeszłego wieku nie jest samodzielny)? TAK / NIE

* Czy Pan/i choruje na chorobę przewlekłą, jest niepełnosprawny/a lub stale niedomaga? („przewlekły” czyli trwający od dłuższego czasu lub mogący potrwać przez dłuższy czas) TAK / NIE

* Jeżeli TAK, czy choroba ta lub niepełnosprawność ogranicza w jakiś sposób twoją aktywność?
TAK / NIE

* Aby nasza lista kontaktów była reprezentatywna dla lokalnej społeczności, proszę wskazać, do której z następujących grup Pan/i należy. **Proszę zaznaczyć tylko jedną możliwość.**

Rasa biała

Brytyjczyk	<input type="checkbox"/>
Irlandczyk	<input type="checkbox"/>
Inna biała (proszę podać szczegóły poniżej)	<input type="checkbox"/>

Rasa czarna lub czarna brytyjska

Karaiby	<input type="checkbox"/>
Afryka	<input type="checkbox"/>
Inna czarna (proszę podać szczegóły poniżej)	<input type="checkbox"/>

Rasa mieszana

Biała & biała karaibska	<input type="checkbox"/>
Biała & czarna afrykańska	<input type="checkbox"/>
Biała & azjatycka	<input type="checkbox"/>
Inna mieszana (proszę podać szczegóły poniżej)	<input type="checkbox"/>

Rasa azjatycka lub azjatycko-brytyjska

Indie	<input type="checkbox"/>
Pakistan	<input type="checkbox"/>
Bangladesz	<input type="checkbox"/>
Inna azjatycka (proszę podać szczegóły poniżej)	<input type="checkbox"/>

Inne kategorie etniczne

Chiny	<input type="checkbox"/>
Inna (proszę podać szczegóły)	<input type="checkbox"/>

Szczegóły (o ile dotyczy)

* Ile razy był/a Pan/i w naszej przychodni u lekarza w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

Mniej niż 2 razy	<input type="checkbox"/>
od 2 do 9 razy	<input type="checkbox"/>
10 lub więcej razy	<input type="checkbox"/>

ZGODA

SERDECZNIE DZIĘKUJEMY ZA POMOC. PROSZĘ TERAZ PODPISAC FORMULARZ ORAZ WSTAWIĆ DATĘ.

Wyrażam zgodę na kontakt przychodni ze mną w sprawie Grupy Pacjentów (w tym via email, o ile podany został adres email)

Podpis: Data: