|  |  |
| --- | --- |
| **English** | Polski/Polish |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | Kwestionariusz pacjenta dla migrantów nowo przybyłych do Wielkiej Brytanii |
| Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP. This questionnaire is to collect information about your health so that the health professionals at your GP practice can understand what support, treatment and specialist services you may need in accordance with the confidentiality and data sharing policies of the National Health Service.   Your GP will not disclose any information you provide for purposes other than your direct care unless: you have consented (e.g. to support medical research); or they are required to do so by law (e.g. to protect other people from serious harm); or because there is an overriding public interest (e.g. you are suffering from a communicable disease). Further information about how your GP will use your information is available from your GP practice.Return your answers to your GP practice. | Każdy ma prawo zarejestrować się u lekarza rodzinnego (ang. GP). Rejestracja u lekarza rodzinnego nie wymaga dokumentu potwierdzającego adres, określonego statusu imigracyjnego, dokumentu tożsamości ani numeru NHS. Celem tego kwestionariusza jest zebranie informacji na temat Państwa zdrowia, aby pracownicy służby zdrowia w przychodni lekarza rodzinnego (GP) wiedzieli, jakiego wsparcia, leczenia i usług specjalistycznych mogą potrzebować, dane te są traktowane zgodnie z polityką poufności i udostępniania danych obowiązującą w Państwowej Służbie Zdrowia (NHS).   Lekarz rodzinny nie ujawni żadnych informacji pacjenta, dla celów innych niż bezpośrednia opieka, chyba że: pacjent wyrazi na to zgodę (np. w celu wsparcia badań medycznych) lub lekarz będzie do tego zobowiązany przez prawo (np. w celu ochrony innych osób przed poważną krzywdą), lub ze względu na nadrzędny interes publiczny (np. pacjent cierpi na chorobę zakaźną). Dalsze informacje na temat sposobu, w jaki lekarz rodzinny będzie wykorzystywał przekazane dane, można uzyskać w przychodni lekarskiej.Odpowiedzi prosimy przekazać swojemu lekarzowi rodzinnemu. |
| Section one: Personal details | Część pierwsza: dane osobowe |
| Full name: | Imię i nazwisko: |
| Address:  | Adres:  |
| Telephone number: | Numer telefonu: |
| Email address: | Adres e-mail: |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **Prosimy odpowiedzieć na wszystkie pytania i zaznaczyć wszystkie odpowiedzi, które Państwa dotyczą.** |
| 1.1Date questionnaire completed:  | * 1. Data wypełnienia kwestionariusza:
 |
| 1.2 Which of the following best describes you? [ ] Male [ ] Female [ ] Other [ ] Prefer not to say  | 1.2 Która z poniższych opcji najlepiej opisuje Państwa? [ ] Mężczyzna [ ] Kobieta [ ] Inne [ ] Wolę nie deklarować  |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?[ ] No[ ] Yes[ ] Prefer not to say  | 1.3 Czy jest to płać przypisana przy urodzeniu?[ ] Nie[ ] Tak[ ] Wolę nie deklarować  |
| * 1. Date of birth: Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_
 | 1.4 Data urodzenia: Dzień\_\_\_\_\_\_ Miesiąc \_\_\_\_\_\_\_ Rok \_\_\_\_\_\_ |
| 1.5 Religion: [ ] Buddhist [ ] Christian [ ] Hindu [ ] Jewish [ ] Muslim [ ] Sikh [ ] Other religion[ ] No religion | 1.5 Religia: [ ] Buddyzm [ ] Chrześcijaństwo [ ] Hinduizm [ ] Judaizm [ ] Islam [ ] Sikh [ ] Inna religia[ ] Brak wyznania |
| 1.6 Marital status:[ ] Married/civil partner [ ] Divorced [ ] Widowed [ ] None of the above | 1.6 Stan cywilny:[ ] W związku małżeńskim/partner cywilny [ ] Rozwiedziony/a [ ] Wdowiec/Wdowa [ ] Żadne z powyższych |
| 1.7 Sexual Orientation: [ ] Heterosexual (attracted to the opposite sex) [ ] Homosexual (attracted to the same sex) [ ] Bisexual (attracted to males and females) [ ] Prefer not to say[ ] Other | * 1. Orientacja seksualna

[ ] Heteroseksualna (pociąg do płci przeciwnej) [ ] Homoseksualna (pociąg do tej samej płci) [ ] Biseksualna (pociąg do mężczyzn i kobiet) [ ] Wolę nie deklarować[ ] Inne |
| 1.8 Main spoken language:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albanian | [ ] Russian |
| [ ] Arabic | [ ] Tigrinya |
| [ ] Dari | [ ] Ukrainian |
| [ ] English | [ ] Urdu |
| [ ] Persian | [ ] Vietnamese |
| [ ] Other |  |

 | * 1. Główny używany język:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albański | [ ] Rosyjski |
| [ ] Arabski | [ ] Tygrynia |
| [ ] Dari | [ ] Ukraiński |
| [ ] Angielski | [ ] Urdu |
| [ ] Perski | [ ] Wietnamski |
| [ ] Inne |  |

 |
| 1.9 Second spoken language:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albanian | [ ]  Russian |
| [ ] Arabic | [ ] Tigrinya |
| [ ] Dari | [ ] Ukrainian |
| [ ] English | [ ] Urdu |
| [ ] Persian | [ ] Vietnamese |
| [ ] Other | [ ] None |

 | * 1. Drugi używany język:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albański | [ ]  Rosyjski |
| [ ] Arabski | [ ] Tygrynia |
| [ ] Dari | [ ] Ukraiński |
| [ ] Angielski | [ ] Urdu |
| [ ] Perski | [ ] Wietnamski |
| [ ] Inne | [ ] Brak |

 |
| 1.10Do you need an interpreter? [ ] No [ ] Yes  | * 1. Czy potrzebny jest tłumacz?

[ ] Nie [ ] Tak  |
| 1.11Would you prefer a male or a female interpreter? Please be aware that interpreter availability might mean it is not always possible to meet your preference.[ ] Male[ ] Female[ ] I don’t mind | * 1. Czy wolą Państwo tłumacza płci męskiej czy żeńskiej? Należy pamiętać, że ze względu na ograniczenia w dostępności tłumaczy, nie zawsze będzie możliwe spełnienie Państwa preferencji.

[ ] Mężczyzna[ ] Kobieta[ ] Nie mam preferencji |
| 1.12 Are you able to read in your own language?[ ] No[ ] Yes[ ] I have difficulty reading | 1.12 Czy potrafią Państwo czytać w swoim własnym języku?[ ] Nie[ ] Tak[ ] Mam trudności z czytaniem |
| 1.13Are you able to write in your own language?[ ] No[ ] Yes[ ] I have difficulty writing | * 1. Czy potrafią Państwo pisać w swoim języku?

[ ] Nie[ ] Tak[ ] Mam trudności z pisaniem |
| 1.14Do you need sign language support?[ ] No[ ] Yes | * 1. Czy potrzebują Państwo wsparcia w zakresie języka migowego?

[ ] Nie[ ] Tak |
| 1.15Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:

|  |  |
| --- | --- |
| Name:Contact telephone number:Address: | Next of kin   |
| Name:Contact telephone number:Address: | Emergency contact (if different) |

 | * 1. Prosimy podać dane najbliższych krewnych i/lub osoby, z którą możemy się skontaktować w nagłym przypadku:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko:Numer telefonu kontaktowego:Adres: | Członek najbliższej rodziny   |
| Imię i nazwisko:Numer telefonu kontaktowego:Adres: | Kontakt w nagłych wypadkach (jeśli jest to ktoś inny) |

 |
| Section two: Health questions | Część druga: Pytania dotyczące zdrowia |
| 2.1Are you currently feeling unwell or ill?[ ] No [ ] Yes | * 1. Czy obecnie czują się Państwo źle lub są chorzy?

[ ] Nie [ ] Tak |
| 2.2Do you need an urgent help for your health problem?[ ] No [ ] Yes | Czy potrzebują Państwo pilnej pomocy w zakresie zdrowia?[ ] Nie [ ] Tak |
| 2.3Do you currently have any of the following symptoms? *Please tick all that apply*[ ] Weight loss[ ] Cough[ ] Coughing up blood[ ] Night sweats[ ] Extreme tiredness[ ] Breathing problems[ ] Fevers[ ] Diarrhoea[ ] Skin complaints or rashes[ ] Blood in your urine[ ] Blood in your stool[ ] Headache[ ] Pain[ ] Low mood[ ] Anxiety[ ] Distressing flashbacks or nightmares[ ] Difficulty sleeping[ ] Feeling like you can’t control your thoughts or actions[ ] Feeling that you want to harm yourself or give up on life[ ] Other | * 1. Czy doznają Państwo którychś z poniższych objawów? *Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi*

[ ] Utrata wagi[ ] Kaszel[ ] Kasłanie krwią[ ] Nocne poty[ ] Ekstremalne zmęczenie[ ] Problemy z oddychaniem[ ] Gorączka[ ] Biegunka[ ] Dolegliwości skórne lub wysypki[ ] Krew w moczu[ ] Krew w stolcu[ ] Ból głowy[ ] Ból[ ] Obniżony nastrój[ ] Stany lękowe[ ] Niepokojące retrospekcje lub koszmary[ ] Problemy ze snem[ ] Poczucie, że nie panują Państwo nad myślami i działaniami[ ] Poczucie, że chcą Państwo zrobić sobie krzywdę lub odebrać życie[ ] Inne |
| 2.4Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)  | * 1. Prosimy zaznaczyć na obrazie ciała obszar(y), w których aktualnie występują problemy zdrowotne
 |



|  |  |
| --- | --- |
| 2.5Do you have any known health problems that are ongoing?[ ] No[ ] Yes | * 1. Czy mają Państwo jakieś znane problemy zdrowotne, które się utrzymują?

[ ] Nie[ ] Tak |
| 2.6Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply[ ] Arthritis[ ] Asthma[ ] Blood disorder [ ] Sickle cell anaemia [ ] Thalassaemia[ ] Cancer[ ] Dental problems[ ] Diabetes[ ] Epilepsy[ ] Eye problems[ ] Heart problems[ ] Hepatitis B[ ] Hepatitis C[ ] HIV or AIDS[ ] High blood pressure[ ] Kidney problems[ ] Liver problems[ ] Long-term lung problem/breathing difficulties [ ] Mental health problems [ ] Low mood/depression[ ] Anxiety[ ] Post-traumatic stress disorder (PTSD)[ ] Previously self-harmed[ ] Attempted suicide[ ] Other [ ] Osteoporosis[ ] Skin disease[ ] Stroke[ ] Thyroid disease [ ] Tuberculosis (TB)[ ] Other  | * 1. Czy cierpią Państwo (lub cierpieli) na któreś z poniższych schorzeń? Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi

[ ] Artretyzm[ ] Astma[ ] Choroby krwi [ ] Anemia sierpowata [ ] Talasemia[ ] Nowotwór złośliwy[ ] Problemy stomatologiczne[ ] Cukrzyca[ ] Padaczka[ ] Problemy z oczami[ ] Problemy z sercem[ ] Wirusowe zapalenie wątroby typu B[ ] Wirusowe zapalenie wątroby typu C[ ] HIV lub AIDS[ ] Wysokie ciśnienie krwi[ ] Problemy z nerkami[ ] Problemy z wątrobą[ ] Długotrwałe problemy z płucami/trudności z oddychaniem [ ] Problemy ze zdrowiem psychicznym [ ] Zły nastrój/depresja[ ] Stany lękowe[ ] Zespołu stresu pourazowego (PTSD)[ ] Historia samookaleczeń[ ] Próba samobójcza[ ] Inne [ ] Osteoporoza[ ] Choroba skóry[ ] Udar[ ] Choroba tarczycy [ ] Gruźlica (TB)[ ] Inne  |
| 2.7Have you ever had any operations / surgery?[ ] No[ ] Yes | * 1. Czy przeszli Państwo jakiś zabieg/operację?

[ ] Nie[ ] Tak |
| 2.8If you have had an operation / surgery, how long ago was this?[ ]  In the last 12 months[ ]  1 – 3 years ago[ ]  Over 3 years ago | * 1. Jeśli mieli zabieg/operację, jak dawno temu to było?

[ ]  W ciągu ostatnich 12 miesięcy[ ]  Od 1 do 3 miesięcy temu[ ]  Ponad 3 lata temu |
| 2.9Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?[ ] No[ ] Yes | * 1. Czy odnieśli Państwo obrażenia fizyczne w wyniku wojny, konfliktu lub tortur?

[ ] Nie[ ] Tak |
| 2.10Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?[ ] No[ ] Yes | * 1. Czy mają Państwo jakieś problemy ze zdrowiem psychicznym? Mogą one wynikać z wojny, konfliktu, tortur lub zmuszenia do ucieczki z kraju.

[ ] Nie[ ] Tak |
| 2.11Some medical problems can run in families. Has a member of your immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following? Please tick all that apply[ ] Cancer[ ] Diabetes[ ] Depression/Mental health illness[ ] Heart attack[ ] High blood pressure[ ] Stroke[ ] Other  | * 1. Niektóre problemy zdrowotne mogą powtarzać się w obrębie rodziny. Czy członek Państwa najbliższej rodziny (ojciec, matka, rodzeństwo lub dziadkowie) cierpiał na któreś z poniższych schorzeń? Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi

[ ] Nowotwór złośliwy[ ] Cukrzyca[ ] Depresja/choroba psychiczna[ ] Zawał[ ] Wysokie ciśnienie krwi[ ] Udar[ ] Inne  |
| 2.12Are you on any prescribed medicines? [ ] No [ ] Yes *–please list* *your prescribed medicines and doses in the box below****Please bring any prescriptions or medications to your appointment***

|  |  |
| --- | --- |
| *Name*  | *Dose* |
|  |  |

 | * 1. Czy przyjmują Państwo regularnie inne leki?

[ ] Nie [ ] Tak *– prosimy wpisać w polu poniżej leki i dawki przepisane****Prosimy przynieść na wizytę wszelkie recepty i leki***

|  |  |
| --- | --- |
| *Nazwa*  | *Dawka* |
|  |  |

 |
| 2.13Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks? [ ] No [ ] Yes  | * 1. Czy martwią się Państwo, że w ciągu najbliższych kilku tygodni te leki się skończą?

[ ] Nie [ ] Tak  |
| 2.14Do you take any medicines that have not been prescribed by a health professional e.g medicines you have bought at a pharmacy/shop/on the internet or had delivered from overseas?[ ] No [ ] Yes *–please list medicines and doses in the box below****Please bring any medications to your appointment***

|  |  |
| --- | --- |
| *Name*  | *Dose* |
|  |  |

 | * 1. Czy przyjmują Państwo leki, które nie zostały przepisane przez pracownika służby zdrowia, np. leki, które kupili w aptece/sklepie/internecie lub które otrzymali z zagranicy?

[ ] Nie [ ] Tak *– prosimy wpisać w polu poniżej przepisane leki i dawki****Prosimy przynieść na wizytę wszelkie recepty i leki***

|  |  |
| --- | --- |
| *Nazwa*  | *Dawka* |
|  |  |

 |
| 2.15Are you allergic to any medicines?[ ] No [ ] Yes  | * 1. Czy mają Państwo alergię na jakieś leki?

[ ] Nie [ ] Tak  |
| 2.16Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)? [ ] No[ ] Yes | * 1. Czy mają Państwo alergię na coś innego? (np. żywność, użądlenia owadów, rękawiczki lateksowe)?

[ ] Nie[ ] Tak |
| 2.17Do you have any physical disabilities or mobility difficulties? [ ] No[ ] Yes | * 1. Czy mają Państwo jakąś niepełnosprawność fizyczną lub trudności w poruszaniu się?

[ ] Nie[ ] Tak |
| 2.18Do you have any sensory impairments? *Please tick all that apply*[ ] No[ ] Blindness[ ] Partial sight loss[ ] Full hearing loss [ ] Partial hearing loss[ ] Smell and/or taste problems | * 1. Czy mają Państwo jakieś ograniczenia dietetyczne? *Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi*

[ ] Nie[ ] Osoby niewidzące[ ] Częściowa utrata wzroku[ ] Pełna utrata słuchu [ ] Częściowa utrata słuchu[ ] Problemy z zapachem i/lub smakiem |
| 2.19Do you have any learning difficulties?[ ] No[ ] Yes | * 1. Czy mają Państwo jakieś problemy z nauką?

[ ] Nie[ ] Tak |
| 2.20Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional? [ ] No[ ] Yes | * 1. Czy jest jakaś konkretna prywatna sprawa, którą chcą Państwo omówić/poruszyć podczas następnej wizyty u pracownika służby zdrowia?

[ ] Nie[ ] Tak |
| Section three: Lifestyle questions | Część trzecia: Pytania dotyczące stylu życia |
| 3.1How often do you drink alcohol? [ ] Never [ ] Monthly or less[ ] 2-4 times per month[ ] 2-3 times per week[ ] 4 or more times per week*There is* ***1 unit*** *of alcohol in:**½ pint glass of beer* *1 small glass of wine* *1 single measure of spirits*  | * 1. Jak często piją Państwo alkohol?

 [ ] Nigdy [ ] Raz na miesiąc lub rzadziej[ ] 2-4 razy w miesiącu[ ] 2-3 razy w tygodniu[ ] 4 razy w tygodniu lub więcej***1 jednostce*** *alkoholu odpowiada:**½ szklanki piwa o objętości 0,5l* *1 mały kieliszek wina (125ml)* 1. *miarka mocniejszego alkoholu*
 |
| * 1. How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking?

[ ] 0-2[ ] 3-4[ ] 5-6[ ] 7-9[ ] 10 or more | 3.2Ile jednostek alkoholu piją Państwo zazwyczaj w dni gdy piją alkohol? [ ] 0-2[ ] 3-4[ ] 5-6[ ] 7-9[ ] 10 lub więcej |
| * 1. How often have you had 6 or more units if female, or 8 or more if male, on a single occasion in the last year?

[ ] Never[ ] Less than monthly[ ] Monthly[ ] Weekly[ ] Daily or almost daily | 3.3Jak często w ciągu ostatniego roku, przy jednej okazji wypili Państwo 6 lub więcej jednostek (dla kobiet) lub 8 lub więcej jednostek (dla mężczyzn)?[ ] Nigdy[ ] Rzadziej niż raz na miesiąc[ ] Co miesiąc[ ] Co tydzień[ ] Codziennie lub prawie codziennie |
| * 1. Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?

 [ ] Never[ ] I have quit taking drugs that might be harmful [ ] Yes | 3.4Czy przyjmują Państwo narkotyki, które mogą być szkodliwe dla zdrowia, np. konopie indyjskie, kokainę, heroinę? [ ] Nigdy[ ] Nie przyjmuję już szkodliwych narkotyków [ ] Tak |
| * 1. Do you smoke?

[ ] Never [ ] I have quit smoking[ ] Yes [ ] CigarettesHow many per day? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ How many years have you smoked for?\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Tobacco Would you like help to stop smoking? [ ] Yes [ ] No | 3.5Czy palą Państwo papierosy? [ ] Nigdy [ ] Rzuciłem(-am) palenie[ ] Tak [ ] PapierosyIle dziennie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Od ilu lat Państwo palą?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Tytoń Czy chcą Państwo pomocy w rzuceniu palenia? [ ] Tak [ ] Nie |
| * 1. Do you chew tobacco?

[ ] Never[ ] I have quit chewing tobacco[ ] Yes | 3.6Czy żuje Pan(-i) tytoń?[ ] Nigdy[ ] Rzuciłem(-am) żuć tytoń [ ] Tak |
| Section four: Vaccinations | Część czwarta: Szczepienia |
| 4.1Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin?***If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.***[ ] No[ ] Yes[ ] I don’t know | * 1. Czy w swoim kraju pochodzenia otrzymali Państwo wszystkie wymagane dla dzieci szczepienia?

***Jeśli mają Państwo historię szczepień, prosimy przynieść ją na wizytę.***[ ] Nie[ ] Tak[ ] nie wiem |
| 4.2Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?[ ] No[ ] Yes[ ] I don’t know | * 1. Czy otrzymali Państwo szczepienie przeciwko gruźlicy (TB)?

[ ] Nie[ ] Tak[ ] nie wiem |
| 4.3Have you been vaccinated against COVID-19?[ ] No[ ] Yes [ ] 1 dose[ ] 2 doses[ ] 3 doses[ ] More than 3 doses[ ] I don’t know | * 1. Czy otrzymali Państwo szczepienie przeciwko Covid-19?

[ ] Nie[ ] Tak [ ] 1 dawka[ ] 2 dawki[ ] 3 dawki[ ] Więcej niż 3 dawki[ ] nie wiem |
| Section five: Questions for female patients only | Część piąta: Pytania wyłącznie dla pacjentek |
| 5.1Are you pregnant?[ ] No[ ] I might be pregnant[ ] YesHow many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * 1. Czy jest Pani w ciąży?

[ ] Nie[ ] Mogę być w ciąży[ ] TakW którym tygodniu ciąży jest Pani?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5.2Do you use contraception?[ ] No [ ] Yes What method do you use?[ ] Barrier contraception *e.g. condoms, gel* [ ] Oral contraceptive pill[ ] Copper Coil/Intrauterine device (IUD)[ ] Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) *e.g. Mirena*[ ] Contraceptive injection[ ] Contraceptive implant[ ] Other | * 1. Czy stosuje Pani środki antykoncepcyjne?

[ ] Nie [ ] Tak Jakiej metody Pani używa?[ ] Antykoncepcja barierowa *np. prezerwatywy, żel* [ ] Doustna pigułka antykoncepcyjna[ ] Spirala miedziana/wkładka domaciczna (IUD)[ ] Spirala hormonalna/system wewnątrzmaciczny (IUS) *np. Mirena*[ ] Zastrzyk antykoncepcyjny[ ] Implant antykoncepcyjny[ ] Inne |
| 5.3Do you urgently need any contraception?[ ] No [ ] Yes | * 1. Czy pilnie potrzebuje Pani antykoncepcji?

[ ] Nie [ ] Tak |
| 5.4Have you ever had a cervical smear or a smear test? This is a test to check the health of your cervix and help prevent cervical cancer.[ ] No[ ] Yes[ ] I would like to be given more information | * 1. Czy kiedykolwiek wykonano u Pani wymaz z szyjki macicy lub badanie wymazu? Jest to badanie sprawdzające stan szyjki macicy i pomagające zapobiegać rakowi szyjki macicy.

[ ] Nie[ ] Tak[ ] Chciałabym otrzymać więcej informacji. |
| 5.5Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?[ ] No[ ] Yes | * 1. Czy przeszła Pani histerektomię (operację usunięcia macicy i szyjki macicy)?

[ ] Nie[ ] Tak |
| 5.6As a female patient is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional? [ ] No[ ] Yes | * 1. Czy jest jakaś konkretna prywatna sprawa, którą chce Pani omówić/poruszyć podczas następnej wizyty u pracownika służby zdrowia?

[ ] Nie[ ] Tak |
| If there is something that you do not feel comfortable sharing in this form and you would like to discuss it with a doctor, please call your GP and book an appointment. | Jeśli jest coś związanego ze zdrowiem Pani, czego nie chce wskazywać na tym formularzu, a chce omówić z lekarzem, prosimy zadzwonić do swojego lekarza rodzinnego i umówić wizytę |