

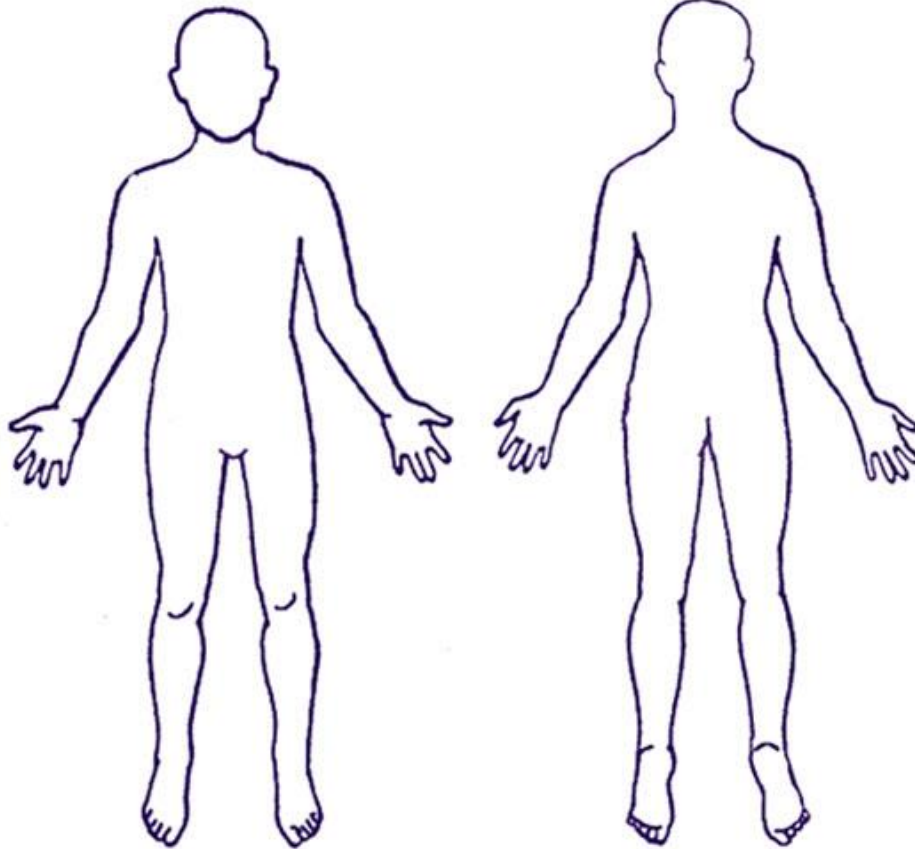
English	Polski/Polish
<p>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</p>	<p>Kwestionariusz pacjenta dla migrantów nowo przybyłych do Wielkiej Brytanii</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Return your answers to your GP practice.</p>	<p>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.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>Odpowiedzi prosimy przekazać swojemu lekarzowi rodzinemu.</p>
<p>Section one: Personal details</p>	<p>Część pierwsza: dane osobowe</p>
<p>Full name:</p>	<p>Imię i nazwisko:</p>
<p>Address:</p>	<p>Adres:</p>

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.
1.1 Date questionnaire completed:	1.1 Data wypełnienia kwestionariusza:
1.2 Which of the following best describes you? <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.2 Która z poniższych opcji najlepiej opisuje Państwa? <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Wolę nie deklarować
1.3 Is this the same gender you were given at birth? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.3 Czy jest to płeć przypisana przy urodzeniu? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Wolę nie deklarować
1.4 Date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	1.4 Data urodzenia: Dzień _____ Miesiąc _____ Rok _____
1.5 Religion: <input type="checkbox"/> Buddhist <input type="checkbox"/> Christian <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Jewish <input type="checkbox"/> Muslim <input type="checkbox"/> Sikh <input type="checkbox"/> Other religion <input type="checkbox"/> No religion	1.5 Religia: <input type="checkbox"/> Buddyzm <input type="checkbox"/> Chrześcijaństwo <input type="checkbox"/> Hinduizm <input type="checkbox"/> Judaizm <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Sikh <input type="checkbox"/> Inna religia <input type="checkbox"/> Brak wyznania
1.6 Marital status: <input type="checkbox"/> Married/civil partner <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> None of the above	1.6 Stan cywilny: <input type="checkbox"/> W związku małżeńskim/partner cywilny <input type="checkbox"/> Rozwiedziony/a <input type="checkbox"/> Wdowiec/Wdowa <input type="checkbox"/> Żadne z powyższych
1.7 Sexual Orientation: <input type="checkbox"/> Heterosexual (attracted to the opposite sex)	1.7 Orientacja seksualna <input type="checkbox"/> Heteroseksualna (pociąg do płci przeciwnej)

<input type="checkbox"/> Homosexual (attracted to the same sex) <input type="checkbox"/> Bisexual (attracted to males and females) <input type="checkbox"/> Prefer not to say <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Homoseksualna (pociąg do tej samej płci) <input type="checkbox"/> Biseksualna (pociąg do mężczyzn i kobiet) <input type="checkbox"/> Wolę nie deklarować <input type="checkbox"/> Inne
<p>1.8 Main spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other	<p>1.8 Główny używany język:</p> <input type="checkbox"/> Albański <input type="checkbox"/> Rosyjski <input type="checkbox"/> Arabski <input type="checkbox"/> Tygrynia <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukraiński <input type="checkbox"/> Angielski <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Perski <input type="checkbox"/> Wietnamski <input type="checkbox"/> Inne
<p>1.9 Second spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> None	<p>1.9 Drugi używany język:</p> <input type="checkbox"/> Albański <input type="checkbox"/> Rosyjski <input type="checkbox"/> Arabski <input type="checkbox"/> Tygrynia <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukraiński <input type="checkbox"/> Angielski <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Perski <input type="checkbox"/> Wietnamski <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Brak
<p>1.10 Do you need an interpreter?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>1.10 Czy potrzebny jest tłumacz?</p> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<p>1.11 Would 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.</p> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> I don't mind	<p>1.11 Czy wola Państwo tłumacza płci męskiej czy żeńskiej? Należy pamiętać, że ze względu na ograniczenia w dostępności tłumaczy, nie zawsze będzie możliwe spełnienie Państwa preferencji.</p> <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Nie mam preferencji
<p>1.12 Are you able to read in your own language?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty reading	<p>1.12 Czy potrafisz Państwo czytać w swoim własnym języku?</p> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Mam trudności z czytaniem
<p>1.13 Are you able to write in your own language?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty writing	<p>1.13 Czy potrafisz Państwo pisać w swoim języku?</p> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Mam trudności z pisanem

1.14 Do you need sign language support? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		1.14 Czy potrzebują Państwo wsparcia w zakresie języka migowego? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak									
1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:		1.15 Prosimy podać dane najbliższych krewnych i/lub osoby, z którą możemy się skontaktować w nagłym przypadku:									
<table border="1"> <tr> <td>Name:</td> <td rowspan="3"><u>Next of kin</u></td> </tr> <tr> <td>Contact telephone number:</td> </tr> <tr> <td>Address:</td> </tr> </table>		Name:	<u>Next of kin</u>	Contact telephone number:	Address:	<table border="1"> <tr> <td>Imię i nazwisko:</td> <td rowspan="3"><u>Członek najbliższej rodziny</u></td> </tr> <tr> <td>Numer telefonu kontaktowego:</td> </tr> <tr> <td>Adres:</td> </tr> </table>		Imię i nazwisko:	<u>Członek najbliższej rodziny</u>	Numer telefonu kontaktowego:	Adres:
Name:	<u>Next of kin</u>										
Contact telephone number:											
Address:											
Imię i nazwisko:	<u>Członek najbliższej rodziny</u>										
Numer telefonu kontaktowego:											
Adres:											
<table border="1"> <tr> <td>Name:</td> <td rowspan="3">Emergency contact (if different)</td> </tr> <tr> <td>Contact telephone number:</td> </tr> <tr> <td>Address:</td> </tr> </table>		Name:	Emergency contact (if different)	Contact telephone number:	Address:	<table border="1"> <tr> <td>Imię i nazwisko:</td> <td rowspan="3">Kontakt w nagłych wypadkach (jeśli jest to ktoś inny)</td> </tr> <tr> <td>Numer telefonu kontaktowego:</td> </tr> <tr> <td>Adres:</td> </tr> </table>		Imię i nazwisko:	Kontakt w nagłych wypadkach (jeśli jest to ktoś inny)	Numer telefonu kontaktowego:	Adres:
Name:	Emergency contact (if different)										
Contact telephone number:											
Address:											
Imię i nazwisko:	Kontakt w nagłych wypadkach (jeśli jest to ktoś inny)										
Numer telefonu kontaktowego:											
Adres:											
Section two: Health questions		Część druga: Pytania dotyczące zdrowia									
2.1 Are you currently feeling unwell or ill? <input type="checkbox"/> No		2.1 Czy obecnie czują się Państwo źle lub są chorzy?									

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
2.2 Do you need an urgent help for your health problem? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.2 Czy potrzebują Państwo pilnej pomocy w zakresie zdrowia? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
2.3 Do you currently have any of the following symptoms? <i>Please tick all that apply</i> <input type="checkbox"/> Weight loss <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Coughing up blood <input type="checkbox"/> Night sweats <input type="checkbox"/> Extreme tiredness <input type="checkbox"/> Breathing problems <input type="checkbox"/> Fevers <input type="checkbox"/> Diarrhoea <input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes <input type="checkbox"/> Blood in your urine <input type="checkbox"/> Blood in your stool <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Low mood <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or nightmares <input type="checkbox"/> Difficulty sleeping <input type="checkbox"/> Feeling like you can't control your thoughts or actions <input type="checkbox"/> Feeling that you want to harm yourself or give up on life <input type="checkbox"/> Other	2.3 Czy doznają Państwo którychś z poniższych objawów? <i>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi</i> <input type="checkbox"/> Utrata wagi <input type="checkbox"/> Kaszel <input type="checkbox"/> Kaślanie krwią <input type="checkbox"/> Nocne poty <input type="checkbox"/> Ekstremalne zmęczenie <input type="checkbox"/> Problemy z oddychaniem <input type="checkbox"/> Gorączka <input type="checkbox"/> Biegunka <input type="checkbox"/> Dolegliwości skórne lub wysypki <input type="checkbox"/> Krew w moczu <input type="checkbox"/> Krew w stolcu <input type="checkbox"/> Ból głowy <input type="checkbox"/> Ból <input type="checkbox"/> Obniżony nastrój <input type="checkbox"/> Stany lękowe <input type="checkbox"/> Niepokojące retrospekcje lub koszmary <input type="checkbox"/> Problemy ze snem <input type="checkbox"/> Poczucie, że nie panują Państwo nad myślami i działaniami <input type="checkbox"/> Poczucie, że chcą Państwo zrobić sobie krzywdę lub odebrać życie <input type="checkbox"/> Inne
2.4 Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)	2.4 Prosimy zaznaczyć na obrazie ciała obszar(y), w których aktualnie występują problemy zdrowotne



2.5 Do you have any known health problems that are ongoing?

- No
 Yes

2.5 Czy mają Państwo jakieś znane problemy zdrowotne, które się utrzymują?

- Nie
 Tak

2.6 Do 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







2.6 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

<input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <input type="checkbox"/> Long-term lung problem/breathing difficulties <input type="checkbox"/> Mental health problems <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Low mood/depression <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder (PTSD) <input type="checkbox"/> Previously self-harmed <input type="checkbox"/> Attempted suicide <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Skin disease <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Thyroid disease <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> HIV lub AIDS <input type="checkbox"/> Wysokie ciśnienie krwi <input type="checkbox"/> Problemy z nerkami <input type="checkbox"/> Problemy z wątrobą <input type="checkbox"/> Długotrwałe problemy z płucami/trudności z oddychaniem <input type="checkbox"/> Problemy ze zdrowiem psychicznym <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zły nastrój/depresja <input type="checkbox"/> Stany lękowe <input type="checkbox"/> Zespołu stresu pourazowego (PTSD) <input type="checkbox"/> Historia samookaleczeń <input type="checkbox"/> Próba samobójcza <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osteoporoza <input type="checkbox"/> Choroba skóry <input type="checkbox"/> Udar <input type="checkbox"/> Choroba tarczycy <input type="checkbox"/> Gruźlica (TB) <input type="checkbox"/> Inne
<p>2.7 Have you ever had any operations / surgery?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.7 Czy przeszli Państwo jakiś zabieg/operację?</p> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<p>2.8 If you have had an operation / surgery, how long ago was this?</p> <input type="checkbox"/> In the last 12 months <input type="checkbox"/> 1 – 3 years ago <input type="checkbox"/> Over 3 years ago	<p>2.8 Jeśli mieli zabieg/operację, jak dawno temu to było?</p> <input type="checkbox"/> W ciągu ostatnich 12 miesięcy <input type="checkbox"/> Od 1 do 3 miesięcy temu <input type="checkbox"/> Ponad 3 lata temu
<p>2.9 Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.9 Czy odnieśli Państwo obrażenia fizyczne w wyniku wojny, konfliktu lub tortur?</p> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<p>2.10 Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.10 Czy mają Państwo jakieś problemy ze zdrowiem psychicznym? Mogą one wynikać z wojny, konfliktu, tortur lub zmuszenia do ucieczki z kraju.</p> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<p>2.11 Some medical problems can run in families. Has a member of your immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from</p>	<p>2.11 Niektóre problemy zdrowotne mogą powtarzać się w obrębie rodziny. Czy członek Państwa najbliższej rodziny (ojciec, matka, rodzeństwo lub</p>

<p>any of the following? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness</p> <p><input type="checkbox"/> Heart attack</p> <p><input type="checkbox"/> High blood pressure</p> <p><input type="checkbox"/> Stroke</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>dziadkowie) cierpiał na któreś z poniższych schorzeń? Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi</p> <p><input type="checkbox"/> Nowotwór złośliwy</p> <p><input type="checkbox"/> Cukrzyca</p> <p><input type="checkbox"/> Depresja/choroba psychiczna</p> <p><input type="checkbox"/> Zawał</p> <p><input type="checkbox"/> Wysokie ciśnienie krwi</p> <p><input type="checkbox"/> Udar</p> <p><input type="checkbox"/> Inne</p>								
<p>2.12 Are you on any prescribed medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes –<i>please list your prescribed medicines and doses in the box below</i></p> <p>Please bring any prescriptions or medications to your appointment</p> <table border="1" data-bbox="150 927 775 1301"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 927 564 969">Name</th> <th data-bbox="564 927 775 969">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 969 564 1301"></td> <td data-bbox="564 969 775 1301"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.12 Czy przyjmują Państwo regularnie inne leki?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak – <i>prosimy wpisać w polu poniżej leki i dawki przepisane</i></p> <p>Prosimy przynieść na wizytę wszelkie recepty i leki</p> <table border="1" data-bbox="826 927 1452 1301"> <thead> <tr> <th data-bbox="826 927 1241 969">Nazwa</th> <th data-bbox="1241 927 1452 969">Dawka</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="826 969 1241 1301"></td> <td data-bbox="1241 969 1452 1301"></td> </tr> </tbody> </table>	Nazwa	Dawka		
Name	Dose								
Nazwa	Dawka								
<p>2.13 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.13 Czy martwią się Państwo, że w ciągu najbliższych kilku tygodni te leki się skończą?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p>								
<p>2.14 Do 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?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes –<i>please list medicines and doses in the box below</i></p> <p>Please bring any medications to your appointment</p> <table border="1" data-bbox="150 1928 775 1964"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 1928 564 1964">Name</th> <th data-bbox="564 1928 775 1964">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 1964 564 1964"></td> <td data-bbox="564 1964 775 1964"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.14 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?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak – <i>prosimy wpisać w polu poniżej przepisane leki i dawki</i></p> <p>Prosimy przynieść na wizytę wszelkie recepty i leki</p> <table border="1" data-bbox="826 1928 1452 1964"> <thead> <tr> <th data-bbox="826 1928 1241 1964">Nazwa</th> <th data-bbox="1241 1928 1452 1964">Dawka</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="826 1964 1241 1964"></td> <td data-bbox="1241 1964 1452 1964"></td> </tr> </tbody> </table>	Nazwa	Dawka		
Name	Dose								
Nazwa	Dawka								

<p>2.15 Are you allergic to any medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>		<p>2.15 Czy mają Państwo alergię na jakieś leki?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p>	
<p>2.16 Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>		<p>2.16 Czy mają Państwo alergię na coś innego? (np. żywność, użądlenia owadów, rękawiczki lateksowe)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p>	
<p>2.17 Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>		<p>2.17 Czy mają Państwo jakąś niepełnosprawność fizyczną lub trudności w poruszaniu się?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p>	
<p>2.18 Do you have any sensory impairments? <i>Please tick all that apply</i></p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Blindness</p> <p><input type="checkbox"/> Partial sight loss</p> <p><input type="checkbox"/> Full hearing loss</p> <p><input type="checkbox"/> Partial hearing loss</p> <p><input type="checkbox"/> Smell and/or taste problems</p>		<p>2.18 Czy mają Państwo jakieś ograniczenia dietetyczne? <i>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Osoby niewidzące</p> <p><input type="checkbox"/> Częściowa utrata wzroku</p> <p><input type="checkbox"/> Pełna utrata słuchu</p> <p><input type="checkbox"/> Częściowa utrata słuchu</p> <p><input type="checkbox"/> Problemy z zapachem i/lub smakiem</p>	
<p>2.19 Do you have any learning difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>		<p>2.19 Czy mają Państwo jakieś problemy z nauką?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p>	
<p>2.20 Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>		<p>2.20 Czy jest jakaś konkretna prywatna sprawa, którą chcą Państwo omówić/poruszyć podczas następnej wizyty u pracownika służby zdrowia?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p>	

Section three: Lifestyle questions	Część trzecia: Pytania dotyczące stylu życia
<p>3.1 How often do you drink alcohol?</p> <p><input type="checkbox"/> Never</p> <p><input type="checkbox"/> Monthly or less</p> <p><input type="checkbox"/> 2-4 times per month</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 times per week</p> <p><input type="checkbox"/> 4 or more times per week</p> <p><i>There is 1 unit of alcohol in:</i></p> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center; gap: 20px;"> <div style="display: flex; align-items: center;">  </div> <p><i>½ pint glass of beer</i></p> <div style="display: flex; align-items: center;">  </div> <p><i>1 small glass of wine</i></p> <div style="display: flex; align-items: center;">  </div> <p><i>1 single measure of spirits</i></p> </div>	<p>3.1 Jak często piją Państwo alkohol?</p> <p><input type="checkbox"/> Nigdy</p> <p><input type="checkbox"/> Raz na miesiąc lub rzadziej</p> <p><input type="checkbox"/> 2-4 razy w miesiącu</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 razy w tygodniu</p> <p><input type="checkbox"/> 4 razy w tygodniu lub więcej</p> <p><i>1 jednostce alkoholu odpowiada:</i></p> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center; gap: 20px;"> <div style="display: flex; align-items: center;">  </div> <p><i>½ szklanki piwa o objętości 0,5l</i></p> <div style="display: flex; align-items: center;">  </div> <p><i>1 mały kieliszek wina (125ml)</i></p> <div style="display: flex; align-items: center;">  </div> <p><i>1 miarka mocniejszego alkoholu</i></p> </div>
<p>3.2 How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-2</p> <p><input type="checkbox"/> 3-4</p> <p><input type="checkbox"/> 5-6</p> <p><input type="checkbox"/> 7-9</p> <p><input type="checkbox"/> 10 or more</p>	<p>3.2 Ile jednostek alkoholu piją Państwo zazwyczaj w dni gdy piją alkohol?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-2</p> <p><input type="checkbox"/> 3-4</p> <p><input type="checkbox"/> 5-6</p> <p><input type="checkbox"/> 7-9</p> <p><input type="checkbox"/> 10 lub więcej</p>
<p>3.3 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?</p> <p><input type="checkbox"/> Never</p> <p><input type="checkbox"/> Less than monthly</p> <p><input type="checkbox"/> Monthly</p>	<p>3.3 Jak często w ciągu ostatniego roku, przy jednej okazji wypili Państwo 6 lub więcej jednostek (dla kobiet) lub 8 lub więcej jednostek (dla mężczyzn)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nigdy</p> <p><input type="checkbox"/> Rzadziej niż raz na miesiąc</p>

<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Daily or almost daily	<input type="checkbox"/> Co miesiąc <input type="checkbox"/> Co tydzień <input type="checkbox"/> Codziennie lub prawie codziennie
<p>3.4 Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful <input type="checkbox"/> Yes	<p>3.4 Czy przyjmują Państwo narkotyki, które mogą być szkodliwe dla zdrowia, np. konopie indyjskie, kokainę, heroinę?</p> <input type="checkbox"/> Nigdy <input type="checkbox"/> Nie przyjmuję już szkodliwych narkotyków <input type="checkbox"/> Tak
<p>3.5 Do you smoke?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit smoking <input type="checkbox"/> Yes	<p>3.5 Czy palą Państwo papierosy?</p> <input type="checkbox"/> Nigdy <input type="checkbox"/> Rzuciłem(-am) palenie <input type="checkbox"/> Tak
<p>3.6 Do you chew tobacco?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit chewing tobacco <input type="checkbox"/> Yes	<p>3.6 Czy żuje Pan(-i) tytoń?</p> <input type="checkbox"/> Nigdy <input type="checkbox"/> Rzuciłem(-am) żuć tytoń <input type="checkbox"/> Tak
<p>Section four: Vaccinations</p>	<p>Część czwarta: Szczepienia</p>
<p>4.1 Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin?</p> <p><i>If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.</i></p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<p>4.1 Czy w swoim kraju pochodzenia otrzymali Państwo wszystkie wymagane dla dzieci szczepienia?</p> <p><i>Jeśli mają Państwo historię szczepień, prosimy przynieść ją na wizytę.</i></p> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> nie wiem

<p>4.2 Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>4.2 Czy otrzymali Państwo szczepienie przeciwko gruźlicy (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie wiem</p>
<p>4.3 Have you been vaccinated against COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 dose</p> <p><input type="checkbox"/> 2 doses</p> <p><input type="checkbox"/> 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>4.3 Czy otrzymali Państwo szczepienie przeciwko Covid-19?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> 1 dawka</p> <p><input type="checkbox"/> 2 dawki</p> <p><input type="checkbox"/> 3 dawki</p> <p><input type="checkbox"/> Więcej niż 3 dawki</p> <p><input type="checkbox"/> nie wiem</p>
<p>Section five: Questions for female patients only</p>	<p>Część piąta: Pytania wyłącznie dla pacjentek</p>
<p>5.1 Are you pregnant?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> I might be pregnant</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p>How many weeks pregnant are you? _____</p>	<p>5.1 Czy jest Pani w ciąży?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Mogę być w ciąży</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p>W którym tygodniu ciąży jest Pani? _____</p>
<p>5.2 Do you use contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p>What method do you use?</p> <p><input type="checkbox"/> Barrier contraception e.g. <i>condoms, gel</i></p> <p><input type="checkbox"/> Oral contraceptive pill</p> <p><input type="checkbox"/> Copper Coil/Intrauterine device (IUD)</p> <p><input type="checkbox"/> Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) e.g. <i>Mirena</i></p> <p><input type="checkbox"/> Contraceptive injection</p> <p><input type="checkbox"/> Contraceptive implant</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>5.2 Czy stosuje Pani środki antykoncepcyjne?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p>Jakiej metody Pani używa?</p> <p><input type="checkbox"/> Antykoncepcja barierowa np. <i>prezerwatywy, żel</i></p> <p><input type="checkbox"/> Doustna pigułka antykoncepcyjna</p> <p><input type="checkbox"/> Spirala miedziana/wkładka domaciczna (IUD)</p> <p><input type="checkbox"/> Spirala hormonalna/system wewnątrzmaciczny (IUS) np. <i>Mirena</i></p> <p><input type="checkbox"/> Zastrzyk antykoncepcyjny</p> <p><input type="checkbox"/> Implant antykoncepcyjny</p> <p><input type="checkbox"/> Inne</p>

<p>5.3 Do you urgently need any contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.3 Czy pilnie potrzebuje Pani antykoncepcji?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p>
<p>5.4 Have 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.</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I would like to be given more information</p>	<p>5.4 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.</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Chciałabym otrzymać więcej informacji.</p>
<p>5.5 Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.5 Czy przeszła Pani histerektomię (operację usunięcia macicy i szyjki macicy)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p>
<p>5.6 As a female patient is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.6 Czy jest jakaś konkretna prywatna sprawa, którą chce Pani omówić/poruszyć podczas następnej wizyty u pracownika służby zdrowia?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p>
<p>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.</p>	<p>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</p>