INFORMATION ABOUT THE BIRTH FATHER

CHILD'S NAME:	CASE NUMBER:
CASE WORKER'S NAME:	AGENCY'S NAME:

INSTRUKCJE DOTYCZĄCE WYPEŁNIENIA FORMULARZA:

- Prosimy wypełnić drukowanymi literami używając atramentu.
- Prosimy uzupełnić wszystkie rubryki. Jeżeli nie zna Pan odpowiedzi na którekolwiek z pytań, prosimy zaznaczyć „nie wiem".
- Formularz AD 67A jest podzielony na dwa odrębne działy. Dział I zawiera dane "identyfikacyjne", które będą przechowywane jako poufne. Żadna z poniższych informacji nie zostanie ujawniona dziecku oddanemu do adopcji ani jego/jej rodzicom adopcyjnym, chyba że zostaniemy do tego przez Pana upoważnieni w formie pisemnej. Dział II zawiera dane „nie identyfikacyjne". Kalifornijskie Prawo Adopcyjne wymaga, aby kopia części II dotyczącej informacji medycznych, psychologicznych i socjalnych była przekazana rodzicom adopcyjnym przed zakończeniem procesu adopcyjnego oraz na pisemną prośbę adoptowanego po ukończeniu przez niego/nią 18 lat.
- Wszystkie informacje wymagane w niniejszym formularzu są konieczne do zakończeni procesu adopcyjnego Pana dziecka.

DZIAŁ I — DANE IDENTYFIKACYJNE BIOLOGICZNEGO OJCA

A. IMIĘ I NAZWISKO/ADRES:

IMIONA I NAZWISKO BIOLOGICZNEGO OJCA:	INNE NAZWISKA, KTÓRYMI SIĘ PAN POSŁUGUJE LUB POSŁUGIWAŁ

NUMER UBEZPIECZENIA	SERIA I NUMER PRAWA JAZDY	DATA URODZENIA (MM DD RR)	MIEJSCE URODZENIA (MIASTO, WOJEWÓDZTWO, KRAJ)

AKTUALNY ADRES (ULICA, MIASTO, WOJEWÓDZTWO, KOD POCZTOWY)	NUMER TELEFONU ( )
STAŁY ADRES DO KORESPONDENCJI (ULICA, MIASTO, WOJEWÓDZTWO, KOD POCZTOWY) *	NUMER TELEFONU STACJONARNEGO ( )

ZASTRZEŻENIA CO DO STOSOWANIA ADRESU DO KORESPONDENCJI, JEŚLI WYSTĘPUJĄ

B. RODZICE BIOLOGICZNEGO OJCA

IMIONA I NAZWISKO MATKI BIOLOGICZNEGO OJCA:	IMIONA I NAZWISKO OJCA BIOLOGICZNEGO OJCA:
ADRES ULICA MIASTO,	ADRES ULICA MIASTO,
WOJEWÓDZTWO KOD POCZTOWY	WOJEWÓDZTWO KOD POCZTOWY
CZY PANA MATKA WIE O TEJ ADOPCJI? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM	CZY PANA OJCIEC WIE O ADOPCJI? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
CZY MOŻEMY PROSIĆ PANA MATKĘ O POMOC W ODSZUKANIU PANA W RAZIE TAKIEJ KONIECZNOŚCI? ☐ TAK ☐ NIE	CZY MOŻEMY PROSIĆ PANA OJCA O POMOC W ODSZUKANIU PANA W RAZIE TAKIEJ KONIECZNOŚCI? ☐ TAK ☐ NIE

C. INFORMACJE DOTYCZĄCE OJCOSTWA:

Czy Pan oraz biologiczna matka dziecka byli kiedykolwiek małżeństwem?..... ☐ Tak ☐ Nie
Jeśli Tak, prosimy podać datę i miejsce zawarcia małżeństwa: _____
Jeśli jesteście rozwiedzeni proszę podać datę rozwodu: _____.

Czy Pan oraz biologiczna matka dziecka zamierzali kiedykolwiek zawrzeć małżeństwo?..... ☐ Tak ☐ Nie
Jeśli Tak, prosimy wyjaśnić.

Czy obecnie pozostaje Pan w związku małżeńskim z biologiczną matką dziecka?..... ☐ Tak ☐ Nie

D. INNE DZIECI:

Czy posiada Pan inne dzieci oprócz dziecka oddanego do adopcji?..... ☐ Tak ☐ Nie
Jeśli Tak, prosimy wypełnić poniższą rubrykę.

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA	PŁEĆ M	PŁEĆ K	ZAZNACZ JEŚLI WYSTĘPUJE POKREWIEŃSTWO KRWI Z ADOPTOWANYM: PEŁNE	POŁOWICZNE	DATA URODZENIA DZIECKA	KTO SPRAWUJE OPIEKĘ NAD DZIECKIEM? *(PROSIMY OKREŚLIĆ STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA)*
1.						
2.						
3.						
4.						

* NOTE: It is important that you notify the California Department of Social Services of any changes in your permanent mailing address.

E. POCHODZENIE INDIAŃSKIE:

Czy ktokolwiek w Pana rodzinie ze strony matki lub ojca ma pochodzenie Indiańskie?..... ☐ Tak ☐ Nie
Jeśli tak, prosimy wypełnić odpowiedni formularz (JV135/ADOPT-226)
Jeśli tak, z jakiego plemienia(plemion) _____ . Miejsce zamieszkania plemienia(plemion) _____
Czy Pan lub Pana rodzice są obecnie zarejestrowani w plemieniu lub czy inni przodkowie byli kiedykolwiek zarejestrowani? ☐ Tak ☐ Nie
Jeśli tak, prosimy podać numery zgłoszeniowe zarejestrowanych osób_____ .
Czy Pan, Pana rodzice, dziadkowie lub inni przodkowie posiadali kiedykolwiek Certyfikat Procentu Krwi Indiańskiej (CDIB)? ☐ Tak ☐ Nie
Jeśli tak, prosimy załączyć kopię CDIB do niniejszego kwestionariusza.

F. KONSULTACJE PSYCHOLOGICZNE:

Czy kiedykolwiek zasięgał Pan porad psychologa, psychiatry, pracownika społecznego lub innego doradcy w spawie problemów emocjonalnych bądź psychologicznych? ..... ☐ Tak ☐ Nie
Jeśli Tak, prosimy wypełnić poniższe rubryki.

DATA(Y) I POWODY WIZYT:

NAZWISKO TERAPEUTY I/ORAZ ORGANIZACJI ZAPEWNIAJĄCYCH LECZENIE:

MIEJSCE:

PROSIMY WYMIENIĆ LEKI PRZEPISANE W TRAKCIE LECZENIA:

POWÓD PRZERWANIA LECZENIA , JEŻELI ZOSTAŁO PRZERWANE:

G. PYTANIA ADPOCJNE: (Tylko dla adopcji niezależnych)

1. Czy posiada Pan swojego pełnomocnika (prawnika) w trakcie tej adopcji?..... ☐ Tak ☐ Nie
2. Czy Pana pełnomocnik jest również pełnomocnikiem rodziców adopcyjnych?..... ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem
3. Kto ponosił koszty tej ciąży, opieki prenatalnej, porodu oraz inne?_____
4. Ile one wynosiły? (Proszę zaznaczyć, jeśli nieznane) _____
5. Kalifornijskie Prawo Adopcyjne stanowi, że rodzice biologiczni dziecka oddanego do adopcji muszą posiadać następujące informacje dotyczące potencjalnych rodziców adopcyjnych: ich pełne formalne imię i nazwisko; wiek; wyznanie; rasę lub pochodzenie etniczne; długość obecnego związku małżeńskiego oraz ilość poprzednich małżeństw; zatrudnienie; czy inne dzieci lub osoby dorosłe zamieszkują w ich gospodarstwie domowym; czy posiadają inne dzieci, które nie przebywają w ich gospodarstwie domowym, a wobec których mają obowiązek wspierania oraz jakiekolwiek uchybienia w jego pełnieniu; czynniki zdrowotne mogące mieć wpływ na skrócenie średniej długości życia lub ograniczać ich zwykłe codzienne zajęcia; jakiekolwiek skłonności przestępcze, inne niż drobne wykroczenia drogowe; przypadki odebrania praw do opieki z powodu nadużycia lub zaniedbania wobec dzieci; oraz ogólne warunki mieszkaniowe lub, jeśli to konieczne, ich adres.
6. Czy posiada Pan przynajmniej te informacje na temat rodziców adopcyjnych?..... ☐ Tak ☐ Nie
7. Jakie dodatkowe informacje chciałby Pan lub potrzebuje uzyskać na temat rodziców adopcyjnych?_____
   _____
   _____
   _____
8. Czy poznał Pan rodziców adopcyjnych?..... ☐ Tak ☐ Nie
9. Jeśli Tak, jak bardzo jest Pan z nimi zaznajomiony? _____

PODPIS BIOLOGICZNEGO OJCA

DATA WYPEŁNIENIA FORMULARZA

Powyższa informacja została przedstawiona przez: (Zaznacz odpowiednie pole)

☐ Biologiczną matkę ☐ Biologicznego ojca ☐ Inną osobę (wyjaśnij)_____

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA:	NUMER SPRAWY:
IMIĘ I NAZWISKO PRACOWNIKA:	NAZWA AGENCJI:

DZIAŁ II — DANE NIE IDENTYFIKACYJNE DOTYCZĄCE BIOLOGICZNEGO OJCA

Niniejsze informacje zostaną przekazane rodzicom adopcyjnym i będą dostępne dla Pana dziecka. Prosimy odpowiedzieć na pytania jak najdokładniej.

CZĘŚĆ I — CHARAKTERYSTYKA BIOLOGICZNEGO OJCA W CZASIE NARODZIN DZIECKA ODDANEGO DO ADOPCJI

A. INFORMACJE OGÓLNE I OPIS FIZYCZNY:

MIEJSCE URODZENIA	WZROST	WAGA	KOLOR OCZU	KOLOR SKÓRY	NATURALNY KOLOR WŁOSÓW	NATURALNA STRUKTURA WŁOSÓW (ZAZNACZ WSZYSTKIE, KTÓRE DOTYCZĄ)
						☐ CIENKIE ☐ ŚREDNIE ☐ GRUBE ☐ PROSTE ☐ POFALOWAŁ ☐ KRĘCONE ☐ ŁYSIEJĄCY

DATA URODZENIA (TYLKO ROK)	GRUPA KRWI	RH Czynnik	BUDOWA CIAŁA	CZY JEST PAN PRAWORĘCZNY?	
			☐ DROBNOKOŚCISTA ☐ ŚREDNIOKOŚCISTA ☐ GRUBOKOŚCISTA	LEWORĘCZNY?	☐

Rasa/Grupa etniczna:

☐ Biała ☐ Latynoska ☐ Filipińska ☐ Czarna ☐ Azjatycka lub z Wysp Pacyfiku

☐ Amerykańscy Indianie lub rdzenni mieszkańcy Alaski ☐ Inna_____

W przypadku Amerykańskich Indian lub rdzennych mieszkańców Alaski, prosimy podać nazwę plemienia oraz procent krwi indiańskiej (jeśli znane) _____

PROSIMY PODAĆ RDZENNĄ NARODOWOŚĆ (PRZYKŁAD: IRLANDZKA, FRANCUSKA, NIEMIECKA, MEKSYKAŃSKA, NIGERYJSKA)

B. WYKSZTAŁCENIE:

OSTATNIA UKOŃCZONA KLASA	CZY AKTUALNIE SIĘ PAN UCZY?	PRZECIĘTNE STOPNIE	INNE SZKOLENIA
	☐ TAK ☐ NIE		

DODATKOWE ZAJĘCIA

ZAINTERESOWANIA

C. ZAWÓD:

OBECNY ZAWÓD	OD JAK DAWNA?	ZAWÓD WYKONYWANY NAJCZĘŚCIEJ?

JAKIE SĄ PANA ASPIRACJE ZAWODOWE? (NP. ZOSTAĆ NAUCZYCIELEM, SPAWACZEM, SPRZEDAWCĄ)

D. OSOBOWOŚĆ:

PROSIMY OPISAĆ PANA OSOBOWOŚĆ NA PODSTAWIE PANA CODZIENNEGO ZACHOWANIA, POSTAWY, NASTROJE, AKTYWNOŚCI , W KTÓRYCH PAN ZAZWYCZAJ BIERZE UDZIAŁ, TYPY LUDZI, Z KTÓRYMI LUBI PAN SPĘDZAĆ CZAS, ITP.

PROSIMY OPISAĆ PANA ZDOLNOŚCI, HOBBY ORAZ CELE W ŻYCIU.
v

E. PYTANIA ODOPCYJNE:

Wyznanie:

Jakiego jest Pan wyznania? _____

CZY ZGADZA SIĘ PAN, ABY PANA DZIECKO BYŁO WYCHOWYWANE W WIERZE RODZICÓW ADOPCYJNYCH, JEŻELI JEST ONA INNA NIŻ PANA WŁASNA? ☐ TAK ☐ NIE

JEŻELI NIE, W JAKIEJ WIERZE CHCIAŁABY PAN, ABY PANA DZIECKO BYŁO WYCHOWYWANE? _____

DLACZEGO ODDAŁ PAN TO DZIECKO DO ADOPCJI? (PROSIMY ODPOWIEDZIEĆ NAJDOKŁADNIEJ JAK PAN POTRAFI. JEST TO NAJCZĘŚCIEJ ZADAWANE AGENCJI PYTANIE PRZEZ DOROSŁE JUŻ ADOPTOWANE DZIECKO.)

JEŻELI DZIECKO NIE ZOSTAŁO ODDANE DO ADOPCJI OD RAZU PO NARODZINACH, PROSIMY PODAĆ INFORMACJE DOTYCZĄCE OPIEKI NAD NIM, JEGO ZDROWIA I ROZWOJU W OKRESIE ZANIM ZOSTAŁO UMIESZCZONE DO ADPOCJI.

JAKIE SĄ PANA ODCZUCIA DOTYCZĄCE KONTAKTU Z DZIECKIEM ODDANYM DO ADOPCJI PO OSIĄGNIĘCIU PRZEZ NIE PEŁNOLETNOŚCI I ZAINICJOWANEGO PRZEZ NIE?

F. HISTORIA ZDROWIA:

PROSIMY OPISAĆ PANA OGÓLNY STAN ZDROWIA

PRZEBYTE CHOROBY WIEKU DZIECIĘCEGO:

☐ RÓŻYCZKA (3 DAY) ☐ KOKLUSZ ☐ SZKARLATYNA ☐ INFEKCJA UCHA ☐ OSTRY GOŚCIEC STAWOWY ☐ ZAPALENIE OPON MÓZGOWYCH

☐ RÓŻYCZKA (2 WEEK) ☐ INNY TYP RÓŻYCZKI ☐ ŚWINKA ☐ KATAR SIENNY ☐ SZMERY W SERCU ☐ ZAPALENIE DRÓG MOCZOWYCH

☐ ASTMA ☐ OSPA WIETRZNA ☐ ZAPALENIE MÓZGU ☐ INNE (prosimy wymienić)

CZY MIAŁ PAN POWAŻNE OPERACJE?

☐ TAK ☐ NIE JEŚLI TAK, Z POWODU JAKIEJ DOLEGLIWOŚCI I KIEDY?

CZY URODZIŁ SIĘ PAN JAKO

☐ BLIŹNIAK ☐ TROJACZEK ☐ INNE CIĄŻA MNOGA

CZY JEST PAN BLIŹNIAKIEM

☐ JEDNOJAJOWYM ☐ NIEJEDNOJAJOWYM

G. HISTORIA RODZINA:

CZY PAN LUB CZŁONEK PANA NAJBLIŹSZEJ RODZINY BYŁ ADOPTOWANY?

☐ TAK ☐ NIE JEŚLI TAK, PROSZĘ WSKAZAĆ KTO?

	PANA BIOLOGICZNY OJCIEC		PANA BIOLOGICZNA MATKA	
Aktualny wiek.....				
Jeśli nieżyjący, wiek w chwili śmierci....				
Przyczyna śmierci.....				
Wzrost i Waga.....	WZROST	WAGA	WZROST	WAGA
Kolor włosów i strukura.....				
Kolor oczu.....				
Kolor skóry.....				
Lewo czy praworęczny.....				
Cechy szczególne.....				
Wykształcenie.....				
Zawód.....				
Rasa/ pochodzenie etniczne.....	☐ BIAŁA ☐ LATYNOSKA ☐ CZARNA ☐ FILIPIŃSKA ☐ AZJATYCKA LUB Z WYSP PACYFIKU ☐ INNA ☐ AMERYKAŃSCY INDIANIE LUB RDZENNI MIESZKAŃSCY ALASKI		☐ BIAŁA ☐ LATYNOSKA ☐ CZARNA ☐ FILIPIŃSKA ☐ AZJATYCKA LUB Z WYSP PACYFIKU ☐ INNA ☐ AMERYKAŃSCY INDIANIE LUB RDZENNI MIESZKAŃSCY ALASKI	
Narodowość.....				
Wyznanie.....				
Czy Pana rodzice byli świadomi ciąży?.....	☐ TAK ☐ NIE		☐ TAK ☐ NIE	
Ile braci lub sióstr On/Ona posiada?.....				
Jeśli ktoś z Pana ciotek lub wujów nie żyje prosimy podać wiek w chwili śmierci i jej przyczynę?				

	RODZICE PANA OJCA				RODZICE PANA MATKI			
	OJCIEC		MATKA		OJCIEC		MATKA	
Wiek.....								
Jeżeli nie żyją prosimy podać wiek w chwli śmierci i jej przyczynę								
Prosimy opisać ich wygląd								
Wzrost i Waga.....	WZROST	WAGA	WZROST	WAGA	WZROST	WAGA	WZROST	WAGA
Cechy szczególne.....								
Wykształcenie.....								
Obecny lub przeszły zawód.....								
Czy On/ Ona byli świadomi ciąży?	☐ TAK	☐ NIE	☐ TAK	☐ NIE	☐ TAK	☐ NIE	☐ TAK	☐ NIE

G. HISTORIA RODZINNA (KONTYNUACJA)

PANA BRACIA I SIOSTRY

(Jeżeli posiada Pan więcej niż 4 rodzeństwa prosimy użyć dodatkowej kartki papieru).

	1	2	3	4
Płeć (mężczyzna czy kobieta)				
Wiek				
Jeśli nieżyjący, prosimy podać wiek w chwili śmierci oraz jej przyczynę				
Rodzeństwo naturane/ przyrodnie	☐ NATURALNE ☐ PRZYRODNIE	☐ NATURALNE ☐ PRZYRODNIE	☐ NATURALNE ☐ PRZYRODNIE	☐ NATURALNE ☐ PRZYRODNIE
Wzrost i Waga	WZROST / WAGA	WZROST / WAGA	WZROST / WAGA	WZROST / WAGA
Kolor włosów i struktura				
Kolor oczu				
Kolor skóry				
Hobby i zdolności				
Ostatnia ukończona klasa				
Aktualnie w szkole?	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE
Zawód				
Świadomy ciąży?	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE
Stan cywilny				
Liczba posiadanych dzieci				
Stan zdrowa ich dzieci				

INNE PANA DZIECI

(Jeżeli posiada Pan więcej niż 4 dzieci prosimy użyć dod atkowej kartki papieru)

	DZIECKO #1	DZIECKO #2	DZIECKO #3	DZIECKO #4
Prosimy wskazać czy syn czy córka				
Data urodzenia lub wiek				
Czy to dziecko jest naturalnym czy przyrodnim rodzeństwem dla adoptowanego dziecka?	☐ NATURALNE ☐ PRZYRODNIE	☐ NATURALNE ☐ PRZYRODNIE	☐ NATURALNE ☐ PRZYRODNIE	☐ NATURALNE ☐ PRZYRODNIE
Jeśli nieżyjące wiek w chwili śmierci				
Przyczyna śmierci				
Wzrost i Waga	WZROST / WAGA	WZROST / WAGA	WZROST / WAGA	WZROST / WAGA
Kolor włosów i struktura				
Kolor oczu				
Kolor skóry				
Lewo czy praworęczny				
Do której klasy uczęszcza				
Czy to dziecko mieszka z Panem?	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE
Hobby i zdolności				
Ogólny stan zdrowia				
Ważniejsze zabiegi medyczne				
Problemy zdrowotne				
Czy to dziecko było świadome ciąży?	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE

H. HISTORIA ZDROWIA PANA, PANA RODZICÓW I INNYCH KREWNYCH

Prosimy wskazać przez zaznaczenie odpowiedniego pola, czy PAN lub ktokolwiek z Pana KREWNYCH (tj. Pana rodzice, siostry, bracia, ciotki, wujowie, dziadkowie, inne Pana dzieci, itp.) posiada bądź posiadał wymienione poniżej dolegliwości zdrowotne. Prosimy wskazać stopień pokrewieństwa. Prosimy uzupełnić pole Uwagi. Jeżeli choroba zakończyła się śmiercią członka rodziny, prosimy określić przybliżony wiek tej osoby w chwili śmierci, w polu Uwagi.

DOLEGLIWOŚĆ ZDROWOTNA	NIE	NIE WIEM	TAK JA	TAK- KREWNY *(Stopień pokrwewieństwa)*	UWAGI
A. UPOŚLEDZENIA WRODZONE 1. Deformacja stopy lub inne problemy ortopedyczne, np. płaskostopie					
2. Zajęcza warga (rozszczepiona) lub rozszczepienie podniebienia					
3. Zespół Downa					
4. Inna anomalia chromosomowa					
5. Wodogłowie					
6. Dystrofia mięśniowa					Dotknięte części ciała? Wiek, w któym choroba się rozpoczeła?
7. Karłowatość					
8. Rozszczepienie kręgosłupa					
9. Wrodzona wada serca					
10. Niedokrwistość sierpowato-komórkowa					
11. Choroba Tay- Sachs'a					
B. ALERGIE: 1. Egzema lub inna dolegliwość skórna					Znana przyczyna? Jakie zastosowano leczenie? Jakie podano lekarstwa?
2. Katar sienny lub inna alergia					
3. Uczulenie na leki					Na jakie?
4. Alergia pokarmowa					Na jakie jedzenie?
C. ZABURZENIA WZROKU, STOMATOLOGICZNE, SŁUCHU I ROZWOJU 1. Ślepota, jaskra, daltonizm lub inne problemy wzrokowe					
2. Okulary korekcyjne, lub szkła kontaktowe					W jakim wieku zostały przepisane?
Krótkowidz ☐ Dalekowidz ☐					
Astygmatyzm ☐ (niezdolność ostrego widzenia)					
Zez ☐ (Zez rozbieżny)					
Inne (określ) ☐					
3. Aparaty na zęby lub inne zabiegi ortodontyczne					Jeśli tak, jakie prace ortodontyczne i jak długo?

H. HISTORIA ZDROWIA PANA, PANA RODZICÓW I INNYCH KREWNYCH (Kontynuacja)

DOLEGLIWOŚĆ ZDROWOTNA	NIE	NIE wiem	TAK Ja	Tak - Krewny *(Stopień pokrewieństwa)*	UWAGI
4. Głuchota lub inne problemy uszne					Specjalna edukacja? Jeśli "Tak", w jakim wieku choroba się rozpoczęła.
5. Problemy mowy					
6. Niezdolność do nauki					Diagnozy? Hospitalizacja?
7. Upośledzenie: umysłowe lub fizyczne					
D. ZABURZENIA KRĄŻENIOWE 1. Hemofilia					
2. Niedokrwistość sierpowatokomórkowa lub cecha sierpowatokrwinkowa					
3. Nadciśnienie (wysokie ciśnienie krwi)					Wiek, w którym choroba się rozpoczęła? Rodzaj leczenia? Hospitalizacja?
4. Udar					
5. Atak serca (wieńcowy)					
6. Artretyzm					Jakiego rodzaju? Wiek rozpoczęcia choroby? Jaka część ciała?
7. Choroba nerek					Wiek rozpoczęcia choroby? Rodzaj leczenia?
E. ZABURZENIA HORMONALNE 1. Cukrzyca					Wiek rozpoczęcia choroby? Rodzaj leczenia?
2. Zaburzenia pracy tarczycy					
3. Otyłość (nadwaga)					
F. ZABURZENIA ODDECHOWE 1. Astma					Wiek rozpoczęcia choroby? Rodzaj leczenia?
2. Rozedma					Wiek rozpoczęcia choroby?
3. Gruźlica					Wiek rozpoczęcia choroby? Jakiego rodzaju? Która część ciała?
G. ZABURZENIA UMYSŁOWE I BEHAWIORALNE 1. Zdiagnozowana schizofremia					Wiek rozpoczęcia choroby? Rodzaj leczenia? Hospitalizacja?
2. Zdiagnozowana choroba maniakalno-depresyjna					
3. Inne choroby umysłowe. Prosimy określić używając dodatkowej kartki papieru w razie konieczności.					
4. Alkoholizm lub nałogowe picie alkoholu					
5. Zażywanie leków					Rodzaj, ilość i kiedy były zażywane?

H. HISTORIA ZDROWIA PANA, PANA RODZICÓW I INNCH KREWNYCH (Kontynuacja)

DOLEGLIWOŚĆ ZDROWOTNA	NIE	Nie Wiem	TAK Ja	TAK - Krewny *(Stopień pokrewieństwa)*	UWAGI
H. ZABURZENIA LIMFATYCZNE 1. Rak					Jakiego rodzaju? Wiek rozpoczęcia choroby? Dotknięta część ciała?
2. Guzy					
3. Mukowiscydoza					
4. Choroba Hodgkina					
I. ZABURZENIA UKŁADU NEROWEGO 1. Skleroza					Dotknięte części ciała? Wiek rozpoczęcia choroby?
2. Choroba Huntingtona					
3. Porażenie dziecięce (choroba Heinego-Medina)					
4. Ataki i konwulsje					Wiek rozpoczęcia choroby? Rodzaj leczenia? Częstotliwość?
5. Epilepsja					
J. INFEKCJE, HOSPITALIZACJE 1. Nawracające ataki gorączki wynikające ze znanej infekcji					Diagnozy?
2. Nawracające ostre infekcje wymagające hospitalizacji					
3. Hospitalizacja, operacja lub uraz					Z jakiego powodu? Kiedy?
K. INNE PROBLEMY ZDROWOTNE					