

**KWESTIONARIUSZ  
DOTYCZĄCY PRZYPADKU  
CUDOWNEGO UZDROWIENIA Z CHOROBY  
przez posługę Wspólnoty Przymierza Rodzin MAMRE**

1. Imię i nazwisko .....data urodzenia lub PESEL.....

Adres.....tel.....

2. Nazwa choroby z której zostałeś(aś) uzdrowiony(a).....

Występujące dolegliwości (objawy).....

.....  
Czy choroba uniemożliwiła pracę? **tak niē** Czy choroba utrudniała codzienne życie? **tak niē**

W jaki sposób utrudniała życie?.....

Czy wymagałeś/aś opieki (pomocy) osób drugih? **tak niē**

*Jeśli tak:* Czy pomoc była potrzebna stale? **tak niē** czy czasowo? *od.....do.....*

Czy lekarze dawali ci nadzieję na wyleczenie? **tak niē nie wiem**

3. Od kiedy występowały te dolegliwości (objawy)? (*data*).....

Objawy występowały: stałē częstō czasami rzadkō *co.....dnimiesięcy*

Czy nasilenie objawów zmniejszało się? **tak niē** Okresowo ustępowały całkowicie? **tak niē**

Ustępowały lub zmniejszały się po lekach? **tak niē**

Ustępowały lub zmniejszały się samoistnie? **tak niē**

4. Czy rozpoznanie choroby ustalił lekarz? **tak niē** *Jeśli tak:* Chorobę rozpoznano w:

- poradni. Jakiej?.....

- szpitalu. Jakim? Na jakim oddziale?.....

Kto rozpoznał chorobę? ..... Kiedy? (*data*).....

Czy byłeś operowany z powodu tej choroby? **tak niē** *Jeśli tak:* Rodzaj wykonanej operacji: .....

Wykonane badania (**zakreśl odpowiednie**): USG, UKG, EKG, tomografia komputerowa (TK), rezonans magnetyczny (MR), zdjęcie rentgenowskie (RTG), badania krwi, endoskopowe (gastro-, kolonoskopia), tylko badanie lekarskie, inne badania (jakie?).....

Czy posiadasz wyniki tych badań? **tak niē**

Czy posiadasz karty wypisowe z pobytu w szpitalu? **tak niē**

Jaką inną dokumentację medyczną posiadasz?.....

Historia choroby z przebiegiem leczenia jest dostępna w Poradni.....

adres poradni: ..... lekarz leczący: .....

Pielęgniarki i inny personel medyczny do powołania na świadka: .....

5. Kiedy nastąpiło uzdrowienie? (*data*).....W jakich okolicznościach nastąpiło uzdrowienie?

.....

Czy towarzyszyły temu jakieś odczucia w ciele? **tak niē** *Jeśli tak:* Jakie?.....

.....

Czy od razu wiedziałeś, że dokonało się uzdrowienie? **tak niē**

Czy choroba ustąpiła: od razu? czy etapami? czy w inny sposób? Jaki?.....

Czy choroba ustąpiła całkowicie? **tak niē**

Czy tylko złagodziły się objawy? **tak niē Jeśli tak:** na ile się zmniejszyły? (np. o 80%).....

Czy w trakcie uzdrowienia przyjmowałeś leki z powodu tej choroby? **tak niē Jeśli tak:** Jakie?.....

6. Czy badanie lekarskie potwierdza ustąpienie choroby? **tak niē Jeśli tak:** data badania.....

miejsce badania..... nazwisko lekarza badającego.....

Czy potwierdzają to badania dodatkowe? **tak niē Jeśli tak:** Jakie?.....

Czy zaprzestano stosowania leków? **tak niē Jeśli tak:** Podaj nazwy tych leków.....

Czy tylko zmniejszono dawki stosowanych leków? **tak niē Jeśli tak:** Podaj nazwy tych leków.....

Czy Twoje życie zmieniło się po uzdrowieniu? **tak niē Jeśli tak:** Co się zmieniło?.....

7. Czy byłeś lub jesteś leczony z powodu choroby psychicznej? **tak niē nie wiem**

**Jeśli tak:** określ chorobę: depresja, mania, schizofrenia, inne:.....

Czy zażywasz obecnie leki psychotropowe? **tak niē Jeśli tak:** Jakie? .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby Wspólnoty Przymierza Rodzin Mamre.

Data.....

Podpis.....

-----

Wypełniony kwestionariusz (najlepiej ze skserowanymi świadectwami badań lekarskich)

należy dostarczyć do Sekretariatu Wspólnoty

lub przesłać listem na adres:

**Wspólnota Przymierza Rodzin Mamre**  
**Albertów 56**  
**42-165 Lipie**