

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić **wątpliwości z lekarzem prowadzącym**. Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz wybrania odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

..... PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko, imię pacjenta

Telefon Adres

Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)? TAK NIE

Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu? TAK NIE

Jeśli tak, to z jakiego powodu:

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy? TAK NIE

Jeśli tak, to na co:

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) TAK NIE

Jeśli tak, to jakie:

Czy jest Pani(i) na coś uczulony(a)? TAK NIE

Jeśli tak, to na co:

Czy występują u Pana(i):

duszność	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	obrzęki	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
pokrzywka	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	swędzenie	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień? TAK NIE

Czy miał(a) Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK NIE

Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? TAK NIE

Czy choruje Pan(i) lub chorował(a) na którąś z następujących chorób?

choroby serca (zawał serca mięśniowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, inne) TAK NIE

inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) TAK NIE

choroby naczyń krwionośnych (naczyniaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu, inne) TAK NIE

choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) TAK NIE

choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) TAK NIE

choroby wątroby (kamica, marskość wątroby, żółtaczką, inne) TAK NIE

choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) TAK NIE

zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa) TAK NIE

choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) TAK NIE

choroby układu nerwowego (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK NIE

choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) TAK NIE

choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) TAK NIE

choroby oczu (jaskra) TAK NIE

zmiany nastroju (depresja, nerwica) TAK NIE

choroby zakaźne TAK NIE

żółtaczką zakaźną A TAK NIE AIDS TAK NIE

żółtaczką zakaźną B TAK NIE gruźlica TAK NIE

żółtaczką zakaźną C TAK NIE ch. weneryczne TAK NIE

choroba reumatyczna TAK NIE

osteoporoza TAK NIE

inne dolegliwości jakie?

Jakie ma Pan(i) najczęściej ciśnienie krwi

Czy był(a) już kiedyś Pan(i) operowany(a)? TAK NIE

Jeśli tak, to kiedy i z jakiego powodu:

Czy w przeciągu ostatniego półrocza korzysta Pan(i) z usług kosmetycznych lub fryzjerskich?
TAK NIE

Czy w przeciągu ostatniego półrocza zostały wykonane u Pan(i) iniekcje (zastrzyki, szczepienia)
TAK NIE

Czy miał(a) Pan(i) przetaczaną krew TAK NIE
Jeśli tak, to kiedy i z jakiej przyczyny:

Czy pali Pan(i) tytoń? TAK NIE

Czy zażywa Pan(i) środki uspakajające, nasenne, narkotyki? TAK NIE
Jeśli tak to jakie:

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Ja, nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię, nazwisko

zamieszkały/a:, oświadczam, że **upoważniam***)
Pana/-ią, zamieszkałego/ą
....., legitymującego/ą się dowodem osobisty seria
nr, **/nie upoważniam nikogo innego*)** do uzyskiwania informacji o stanie mojego
zdrowia, do uzyskania wglądu do mojej dokumentacji medycznej oraz uzyskiwania odpisów, wypisów i kopii
tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w Rogowscy Dental Clinic S.C.

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na
leczenie w tutejszej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych
z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami poradni.

.....
data

.....
podpis pacjenta

* niepotrzebne skreślić