

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 / zabiegu 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 Pan(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 Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK NIE

Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? TAK NIE

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

choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego) TAK NIE

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

choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu) 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, żółtaczką, marskość wątroby) 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, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK NIE

choroby układu kostno-stawowego (ból korzonkowy, 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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	AIDS	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
---------------------	-----------------------------------------------------------	------	-----------------------------------------------------------

żółtaczką zakaźną B	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	gruźlica	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
---------------------	-----------------------------------------------------------	----------	-----------------------------------------------------------

żółtaczką zakaźną C	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	ch. weneryczne	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
---------------------	-----------------------------------------------------------	----------------	-----------------------------------------------------------

choroba reumatyczna TAK NIE

osteoporoza TAK NIE

inne dolegliwości jakie?

Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi

Czy był(a) Pan(ani) już kiedyś operowany(a) lub miał inny zabieg TAK NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu:

Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? TAK NIE

Czy miał Pan(i) przetaczaną krew TAK NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny:

Czy pali Pan(i) tytoń? TAK NIE

Jeśli tak, to ile i od kiedy:

Czy pije Pan(i) alkohol? TAK NIE

Czy zażywa Pan(l) środki uspakajające, nasenne, narkotyki? TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

Jeśli tak to w którym miesiącu:

Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?

Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? TAK NIE

.....
data

.....
podpis pacjenta (opiekuna prawnego*)

OŚWIADCZENIE PACJENTA (OPIEKUNA PRAWNEGO*)

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, legitymującego/-ą się dowodem osobistym nr, / **nie upoważniam nikogo*)** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia (podopiecznego*) oraz – w przypadku śmierci – do uzyskiwania wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby (podopiecznego*) oraz odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej przez lekarza prowadzącego.

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie / zabieg. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej przed, podczas i po wykonanym leczeniu w celu zapewnienia pełnej dokumentacji z przeprowadzonego leczenia.

.....
data

.....
podpis pacjenta (opiekuna prawnego*)

* niepotrzebne skreślić