INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnica 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 Pan(i) na coś uczulony(a)? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to na co: ……..

Czy występują u Pana(i):

duszność TAK ☐ NIE ☐ obrzęki TAK ☐ NIE ☐
pokrzywka TAK ☐ NIE ☐ swędzenie TAK ☐ NIE ☐

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, żółtaczka, 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, 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 ☐

żółtaczka zakaźna A	TAK ☐ NIE ☐	AIDS	TAK ☐ NIE ☐
żółtaczka zakaźna B	TAK ☐ NIE ☐	gruźlica	TAK ☐ NIE ☐
żółtaczka zakaźna C	TAK ☐ NIE ☐	ch. weneryczne	TAK ☐ NIE ☐

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) 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(I) 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 ☐

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 w ……..

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 (opiekuna prawnego*)*

* niepotrzebne skreślić

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie.