

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.

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? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to jakie:

Czy przyjmuje Pan(i) stale aspirynę lub Acard? TAK ☐ NIE ☐

Czy przyjmuje Pan(i) leki przeciwkrzepliwe („rozrzedzające krew”)? TAK ☐ NIE ☐

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, 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, 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?

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

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

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.

Jednocześnie oświadczam, że **upoważniam*)** Pana/-ią, legitymującego/-ą się dowodem osobistym nr, / **nie upoważniam nikogo*)** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia oraz – w przypadku mojej śmierci – do uzyskiwania wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby oraz odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji.

Nazwisko i imię pacjenta.....

PESEL

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

Telefon Adres.....

.....
data

.....
podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

*) niepotrzebne skreślić

UWAGA: Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w poradni