

imię i nazwisko
pacjenta:

nr PESEL:

adres:

telefon:

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i są niezbędne by zadbać o Pan(i) 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 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? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwie)

tak ☐ nie ☐

Jeśli tak, to na co?

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)?

tak ☐ nie ☐

Jeśli tak, to na co?

Czy występują
u Pana(i):

duszność

tak ☐ nie ☐

pokrzywka

tak ☐ nie ☐

obrzęki

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 (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 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?

Czy miał Pan(i) przetaczaną krew

tak ☐ nie ☐

Jeśli tak, to kiedy i z jakiego powodu?

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

zamieszkały/a:

oświadczam, że **upoważniam* / nie upoważniam nikogo*** Pana/-ią

legitymującego/-ą się dowodem osobistym nr 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

czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego*)

* niepotrzebne skreślić

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie.