

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

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

Imię i Nazwisko pacjenta

PESEL

Telefon Adres

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**? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwie) 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, 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 NIE AIDS TAK NIE

 żółtaczką zakaźną B TAK NIE gruźlica TAK NIE

 żółtaczką zakaźną C 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 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 nadużywa Pan(i) alkoholu? 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:

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.

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

Imię i Nazwisko pacjenta

PESEL

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.

.....
Podpis i pieczęć lekarza dentysty

.....
Czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego)

.....
Miejscowość, data