



INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL PACJENTA

ADRES

TELEFON KONTAKTOWY

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) stałe 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, 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 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.

*) niepotrzebne skreślić

UWAGA: Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w poradni

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

DATA

MIEJSCOWOŚĆ

CZYTELNY PODPIS PACJENTA [RODZICA BĄDŹ OPIEKUNA]



Dane adresowe:

Dąbrowa Górnicza - Ząbkowice
ul. Dworcowa 9
tel. 32 268 66 44
kontakt@duodent.clinic

Godziny otwarcia:

Pon. - piątek: 8:00 - 20:00
Sobota: 8:00 - 14:00
Niedziela: nieczynne