

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo.

Prosimy dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią prosimy 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.

PROSIMY O PODKREŚLENIE/ZAKREŚLENIE ODPOWIEDZI ZGODNEJ Z AKTUALNYM STANEM ZDROWIA ORAZ WYPEŁNIENIE ANKIETY DRUKOWANYMI LITERAMI.

Imię i nazwisko:

Pesel:

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

.....

Telefon: Adres zam.:

Płeć: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna

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:

duszności TAK NIE obrzęki TAK NIE

Czy ma Pan/i skłonność do krwawień (również z dziąseł)? TAK NIE

Czy miał/a 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, TAK NIE

wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego)

inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, TAK NIE

omdlenia, duszności)

choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie TAK NIE

kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu)

choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, TAK NIE

przewlekłe zapalenie oskrzeli)

choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka lub TAK NIE

dwunastnicy, choroby jelit)

choroby wątroby (kamica, żółtaczką, marskość wątroby) TAK NIE

choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, TAK NIE

trudności w oddawaniu moczu)

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 lub stawów, stany po złamaniach)	TAK	NIE
choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych lub krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)	TAK	NIE
choroby oczu (jaskra)	TAK	NIE
zmiany nastroju (depresja, nerwica)	TAK	NIE
choroby zakaźne:		
żółtaczka zakaźna A	TAK	NIE
żółtaczka zakaźna B	TAK	NIE
żółtaczka zakaźna C	TAK	NIE
	AIDS	TAK
	gruźlica	TAK
	ch. Weneryczne	TAK
choroba reumatyczna	TAK	NIE
osteoporoza	TAK	NIE
inne dolegliwości, jakie?		
Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi?		
Czy był/a Pan/i kiedyś operowany/a?	TAK	NIE
Jeśli tak to z jakiego powodu?		
Czy dobrze znosi Pan/i znieczulenie (ogólne, miejscowe)?	TAK	NIE
Czy miał Pan/i przetaczaną krew?	TAK	NIE
Jeśli tak to z jakiej przyczyny?		
Czy pali Pan/i tytoń?	TAK	NIE
Czy spożywa Pan/i alkohol w nadmiernych ilościach?	TAK	NIE
Czy zażywa Pan/i środki uspokajające, nasenne, narkotyki?	TAK	NIE

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
Czy karmi Pani piersią?	TAK	NIE

OŚWIADCZENIE PACJENTA

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
oświadczam, że upoważniam/nie upoważniam nikogo*

Pana/ią do wglądu w moją dokumentację medyczną i jej odebrania.

Dane kontaktowe osoby upoważnionej:

Adres:

Telefon:

*niepotrzebne skreślić

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w rejestracji.

.....
Data i podpis pacjenta/opiekuna prawnego