

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.

..... PESEL

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

Nazwisko, imię pacjenta

Telefon Adres.....

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):

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,
ból 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	TAK ☐ NIE ☐
choroby psychiczne (depresja, choroba afektywna dwubiegunowa, schizofrenia, nerwica, zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne)	TAK ☐ NIE ☐
choroby zakaźne	TAK ☐ NIE ☐
żółtaczką zakaźną A	TAK ☐ NIE ☐
żółtaczką zakaźną B	TAK ☐ NIE ☐
żółtaczką zakaźną C	TAK ☐ NIE ☐
AIDS	TAK ☐ NIE ☐
gruźlica	TAK ☐ NIE ☐
ch. weneryczne	TAK ☐ NIE ☐
choroba reumatyczna	TAK ☐ NIE ☐
osteoporoza	TAK ☐ NIE ☐
zaburzenia odżywiania	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 zniosł 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 nadużywa Pan(i) alkoholu?	TAK ☐ NIE ☐
Czy zażywa Pan(i) środki uspakajające, nasenne, narkotyki?	TAK ☐ NIE ☐
Jeśli tak to jakie:	
Czy zażywa Pan(i) specjalną dietę?	TAK ☐ NIE ☐
Jeśli tak, to jaką:	
Czy w ostatnich 6 m-cach korzystał/a Pan/Pani z zabiegów fryzjerskich?	TAK ☐ NIE ☐
Czy w ostatnich 6 m-cach korzystał/a Pan/Pani z zabiegów kosmetycznych?	TAK ☐ NIE ☐
Czy w ostatnich 6 m-cach korzystał/a Pan/Pani z zabiegów tatuażu i piercingu?	TAK ☐ NIE ☐

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, PESEL:

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

Imię, nazwisko

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 **Just smile stomatologia Michał Kotnowski**.

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. Wyrażam / nie wyrażam* zgody na wykonywanie w trakcie leczenia cyfrowych zdjęć fotograficznych lub /I filmów dokumentujących poszczególne etapy leczenia bez ujawniania i utrwalania wizerunku.

.....
data

.....
podpis pacjenta (opiekuna prawnego)*

* niepotrzebne skreślić