

IMIĘ I NAZWISKO: _____

DATA URODZENIA: _____

ADRES ZAMIESZKANIA: _____

TELEFON KOMÓRKOWY: _____

WYKONYWANY ZAWÓD: _____

CEL WIZYTY, OCZEKIWANIA: _____

ANKIETA O STANIE ZDROWIA PACJENTA

Dla bezpieczeństwa i w celu uniknięcia komplikacji podczas zabiegów konieczne jest zadanie pytań dotyczących stanu zdrowia. Schorzenia ogólne mogą mieć wpływ na wybór odpowiedniej terapii, jak i na jej efekty. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić wątpliwości z lekarzem prowadzącym. Odpowiedzi na poniższe pytania są objęte tajemnicą lekarską, pozostaną wyłącznie do wiadomości lekarza i nie będą udostępnione stronie trzeciej.

	Tak	Nie
1. Czy czuje się Pan/Pani ogólnie zdrowy/a?	☐	☐
2. Czy aktualnie Pan/Pani na coś choruje? Jeśli tak to na co:	☐	☐
3. Czy przyjmuje Pan/Pani jakieś leki na stałe lub czasami? Jeśli tak, to jakie:	☐	☐
4. Czy jest Pan/Pani na coś uczulony/a – pyłki, zwierzęta, leki lub pokarmy? Jeśli tak, to na co:	☐	☐
5. Czy był Pan/Pani kiedyś operowany/a? Jeśli tak, to na co:	☐	☐
6. Czy był Pan/Pani kiedyś znieczulany/a ogólnie lub miejscowo? Jeśli tak, to kiedy i z jakiego powodu:	☐	☐
7. Czy miał Pan/Pani kiedyś epizody zasłabnięcia, omdlenia, utraty przytomności, duszności?	☐	☐
8. Czy teraz lub kiedyś chorował/a Pan/Pani na niżej wymienione choroby?		
a. Choroby serca (zawał serca, choroba wieńcowa, wada serca, arytmia, zapalenie serca, rozrusznik serca)	☐	☐
b. Choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, niewydolność)		
c. Choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, zakrzepica)	☐	☐
d. Choroby płuc (astma, POCHP, rozedma, zapalenie płuc, gruźlica)	☐	☐
e. Choroby układu pokarmowego (wrzody żołądka, refluks, choroby jelit)	☐	☐

f.	Choroby wątroby (kamica pęcherzyka żółciowego, żółtaczką, zapalenie wątroby czyli WZW, marskość wątroby, porfiria)	☐	☐
g.	Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu)	☐	☐
h.	Choroby endokrynologiczne i przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa, choroby przysadki, niedo/nadczynność tarczycy, przytarczyc, choroby trzustki)	☐	☐
i.	Choroby układu nerwowego (padaczka, niedowład, porażenie, zaburzenia czucia, miastenia, udar, wylew, stwardnienie rozsiane SM, dystrofia)	☐	☐
j.	Choroby krwi i układu krzepnięcia (łatwe krwawienie, hemofilia, anemia, wylewy krwawe, krwawienie z nosa)	☐	☐
k.	Choroby psychiczne (nerwica, depresja, schizofrenia, lęki)	☐	☐
l.	Zakażenie wirusowe (opryszczka, HPV, WZW, HIV)	☐	☐
9.	Czy pali Pan/Pani papierosy?	☐	☐
10.	Pije Pan/Pani często alkohol (często tzn. 2-3 razy w tygodniu)?	☐	☐
11.	Czy ma Pan/Pani protezy zębowe, chwiejące zęby, aparat na zębach, kolczyk w języku, implanty?	☐	☐
12.	Czy choruje Pan/Pani na przewlekłe zapalenie zatok/ ucha/ dziąseł/ spojówek?	☐	☐
13.	Czy jest Pani w ciąży?	☐	☐
14.	Czy karmi Pani piersią?	☐	☐

- Oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.
- Oświadczam, że zatajenie którejkolwiek z wymienionych informacji traktowane jest jako przyczynienie się pacjenta do powstania szkody (miedzy innymi w postaci rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała lub negatywnego efektu zabiegu), za którą lekarz nie ponosi odpowiedzialności.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie i archiwizację moich danych osobowych, jednocześnie potwierdzam, iż zostałem zapoznany z klauzulą informacyjną dotyczącą warunków przetwarzania danych osobowych, wynikających z przepisów RODO.
- Wyrażam zgodę na przysyłanie powiadomień o terminach wizyt oraz innych informacji dotyczących świadczonej usługi za pomocą środków komunikacji elektronicznej.
- Wyrażam zgodę na wykonywanie w trakcie leczenia zdjęć fotograficznych dokumentujących poszczególne etapy leczenia celem załączenia do karty pacjenta.

Katowice, _____
(data)

podpis Pacjenta