

# 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, 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, 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 (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 (OPIEKUNA PRAWNEGO)

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuje się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Ja, ..... nr PESEL..... zamieszkały/a....., oświadczam że upoważniam Pana/ią ....., zamieszkałą/y..... nr tel..... Do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia (podopiecznego) i udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz do uzyskania 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 Kart Praw pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w tutejszej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innym lekarzem poradni.

.....  
data

.....  
podpis pacjenta (opiekuna prawnego)

\* niepotrzebne skreślić

Karty Praw Pacjenta dostępne do wglądu w gabinecie