

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 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 ☐

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 ☐

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 krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) 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 ☐

inne dolegliwości jakie?

Czy dobrze znosi Pan(i) znieczulenie?

TAK ☐ NIE ☐

Czy pali Pan(i) tytoń?

TAK ☐ NIE ☐

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży?

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to w którym miesiącu:

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, Nr PESEL:

Imię, nazwisko

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

zamieszkały/a:, oświadczam,
że **upoważniam*)** Pana/-ią / **nie upoważniam
nikogo)** data urodzenia..... 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 gabinecie stomatologicznym.

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na
leczenie w tej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych
z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami poradni.

.....
data

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