

## INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

**Imię, nazwisko:** ..... **PESEL:**.....

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o bezpieczeństwo Pana(i). Prosimy o udzielanie precyzyjnych i zgodnych ze stanem faktycznym odpowiedzi na poniższe pytania. Wywiad lekarski w formie ankietowej pozwoli na rzetelne i szybkie pozyskiwanie informacji dotyczących stanu zdrowia Pacjenta i pozwoli wdrożyć dalsze procedury diagnostyczno-lecznicze w taki sposób, by zapewnić Pacjentowi nie tylko skuteczną, ale i bezpieczną terapię. W przypadku trudności z odpowiedzią prosimy pominąć pytanie i wyjaśnić wątpliwości z lekarzem prowadzącym. Prosimy o zakreślenie odpowiedniej odpowiedzi TAK, NIE lub NIE WIEM.

**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, sterydy, leki uspakajające/ przeciwlękowe/ psychotropowe, antybiotyki, leki antyalergiczne, leki hormonalne, leki nasercowe, leki na nadciśnienie, insulinę lub inne leki przeciwcukrzycowe.) TAK NIE  
 Jeśli TAK, to  
 jakie:.....  
 .....

**Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)?** (Zwłaszcza na penicyliny lub inne antybiotyki, sulfonamidy, aspirynę - kwas acetylosalicylowy i jego pochodne, leki przeciwbólowe, środki znieczulające miejscowo, jodynę, materiały stomatologiczne - akryl, złoto, nikiel, kobalt i inne.) TAK NIE NIE WIEM  
 Jeśli TAK, to na co: .....

**Czy występują u Pana(i):**

- duszność	TAK	NIE	- pokrzywka	TAK	NIE
- obrzęki	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 jest Pan(i) w trakcie lub po chemioterapii i/lub radioterapii?** 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, inne) TAK NIE NIE WIEM

- inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności, inne) TAK NIE NIE WIEM

- <u>choroby naczyń krwionośnych</u> (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu, inne)	TAK	NIE	NIE WIEM
- <u>choroby płuc</u> (astma, rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, przewlekłe zapalenie oskrzeli, inne)	TAK	NIE	NIE WIEM
- <u>choroba nowotworowa</u>	TAK	NIE	NIE WIEM
Jeśli TAK to kiedy oraz jaki typ nowotworu: .....			
- <u>choroby układu pokarmowego</u> (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit, inne)	TAK	NIE	NIE WIEM
- <u>choroby wątroby</u> (kamica, żółtaczką, marskość wątroby, inne)	TAK	NIE	NIE WIEM
- <u>zaburzenia przemiany materii</u> (cukrzyca, dna moczanowa, inne)	TAK	NIE	NIE WIEM
- <u>choroby tarczycy</u> (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne, inne)	TAK	NIE	NIE WIEM
- <u>choroby układu nerwowego</u> (padaczka, niedowład, utrata przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia, inne)	TAK	NIE	NIE WIEM
- <u>choroby krwi i układu krzepnięcia</u> (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba, inne)	TAK	NIE	NIE WIEM
- <u>choroby oczu</u> (jaskra, zaćma, inne)	TAK	NIE	NIE WIEM
- <u>zmiany nastroju</u> (depresja, nerwica, inne)	TAK	NIE	NIE WIEM
- <u>choroby zakaźne:</u>			
- żółtaczką zakaźną A (WZW A)	TAK	NIE	NIE WIEM
- żółtaczką zakaźną B (WZW B)	TAK	NIE	NIE WIEM
- żółtaczką zakaźną C (WZW C)	TAK	NIE	NIE WIEM
- HIV/AIDS	TAK	NIE	NIE WIEM
- gruźlica	TAK	NIE	NIE WIEM
- choroby weneryczne	TAK	NIE	NIE WIEM
- <u>choroba reumatyczna</u>	TAK	NIE	NIE WIEM
- <u>osteoporoza</u>	TAK	NIE	NIE WIEM
- <u>inne dolegliwości</u> , proszę napisać jakie? ..... .....			

**Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi?** .....

<b>Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie ogólne?</b>	TAK	NIE
<b>Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie miejscowe?</b>	TAK	NIE
<b>Czy pali Pan(i) tytoń?</b>	TAK	NIE

Jeśli TAK, to ile i od kiedy: .....

<b>Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki?</b>	TAK	NIE
Jeśli TAK, to jakie: .....		

**Pytania dotyczące kobiet:**

<b>Czy jest Pani w ciąży?</b>	TAK	NIE	NIE WIEM
-------------------------------	-----	-----	----------

Jeśli TAK, to w którym miesiącu: .....

<b>Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne?</b>	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,

.....(imię, nazwisko) o  
nr PESEL:.....zamieszkały/a:.....

.....  
oświadczam, że **upoważniam\*** Pana/-ią .....,  
zamieszkały/-a.....,  
data urodzenia...../nie upoważniam nikogo\* do uzyskiwania informacji o moim  
stanie zdrowia oraz – w przypadku śmierci – do uzyskiwania wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej  
mojej osoby oraz odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w Stomatologia  
Kondzielnik.

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie  
w tutejszym gabinecie stomatologicznym. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i  
uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami Stomatologii Kondzielnik. Zapoznałem/-am się i  
zgadzam się z zasadami gwarancji na leczenie stomatologiczne w gabinecie Stomatologia Kondzielnik (zasady  
gwarancji dostępne do wglądu w rejestracji i na stronie [www.stomatologiakondzielnik.pl](http://www.stomatologiakondzielnik.pl)).

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis pacjenta

\*niepotrzebne skreślić

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie.

.....  
Podpis i pieczętka lekarza

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/679-RODO/GDPR z dnia 27 kwietnia  
2016 roku, w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie  
swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenie dyrektywy 95/46/WE(ogólne rozporządzenie o ochronie  
danych), Ustawy z dnia 10 maja 2018r o ochronie danych osobowych (Dz.U.z 2018r poz.1000.), wyrażam zgodę na  
przetwarzanie moich danych osobowych w niniejszej placówce, a w szczególności na:

(A) \*TAK/NIE- Kontakt telefoniczny w celu realizacji wizyty(w sprawie potwierdzenia, przesunięcia, odwołania).

(B) \*TAK/NIE- Kontakt SMS w celu realizacji wizyty ( w sprawie potwierdzenia, przesunięcia, odwołania).

\*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że zapoznałem się z polityką prywatności obowiązującą w „Stomatologia Kondzielnik”

.....  
czytelny podpis