

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(-ki)

Ankieta zdrowia - Prosimy o wpisanie znaku „X” w odpowiedniej rubryce	TAK	NIE	UWAGI Jeśli TAK prosimy o wyszczególnienie
Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu? Jeśli tak, to z jakiego powodu			
Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy?			
Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) Jeśli tak, to jakie:			
Czy jest Pani(i) na coś uczulony(a)? Jeśli tak, to na co			
Czy był Pan(i) znieczulany(a) miejscowo?			
Alergia na środki znieczulające			
Alergia na antybiotyki w szczególności na penicyliny lub inne (jakie?)			
Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień?			
Czy miał(a) Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności			
Czy jest Pani w ciąży ? Lub podejrzewa taką możliwość ?			
Czy występują bóle nieznanego pochodzenia w obrębie jamy ustnej lub jamy twarzowej ?			
Czy pali Pan/i papierosy ?			
Czy wykonywane były naświetlenia lub/i podawane leki cytostatyczne ? (leki stosowane w leczeniu nowotworów)			

Czy był wykonywany lub planowany jakiś przeszczep narządów ?			
Czy podawane były leki immunosupresyjne ? (leki stosowane po przeszczepach narządów)			
Choroby serca (układ krążenia, zawał, choroba wieńcowa, zapalenie mięśnia sercowego, wady serca, na			
Choroby krwi i zaburzenia krzepnięcia			
Choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, astma)			
Choroby reumatyczne			
Choroby okulistyczne			
Choroby nowotworowe			
Choroby nerek (stany zapalne, kamica)			
Choroby wątroby (żółtaczką, marskość)			
Choroby układu pokarmowego			
Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole)			
Choroby układu nerwowego			
Choroby układu kostno-stawowego			
Przebyty udar mózgu			
Padaczka			
Osteoporoza – czy przyjmuje Pan/i leki przeciwko osteoporozie np. bifasfoniany			
AIDS, wirusowe zapalenie wątroby lub inne choroby zakaźne lub weneryczne			
Cukrzyca			
Inne			

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
oświadczam, że upoważniam*) Pana/-ią, Nr
Pesel, Nr

Dokument...../nie upoważniam nikogo innego*) do
uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia, do uzyskania wglądu do mojej
dokumentacji medycznej oraz uzyskiwania odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji
gromadzonej i przechowywanej w MICHNO DENTALMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ 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.

* niepotrzebne

Data, Miejsce Podpis Pacjenta