Dentysta Wagner
Pawlikowice 431A
32-020, Wieliczka
Rejestracja: +48 507 251 440

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

(proszę wypełniać drukowanymi literami)

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.

…… Nazwisko, imię pacjenta

[__][__][__][__][__][__][__][__][__][__][__] PESEL

Adres: …….. Kod pocztowy, miejscowość

…….. Ulica

…….. Numer budynku / lokalu

[__][__][__][__][__][__][__][__][__][__][__] Numer komórkowy / telefon:

Wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższego numeru telefonu w celu wysłania przypomnienia (SMS) o nadchodzącej wizycie: ☐ Tak ☐ Nie

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, żółtaczka, 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

Żółtaczka zakaźna A ☐ Tak ☐ Nie

Żółtaczka zakaźna B ☐ Tak ☐ Nie

Żółtaczka zakaźna C ☐ Tak ☐ Nie

AIDS ☐ Tak ☐ Nie

Gruźlica ☐ 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 hormonalne środki antykoncepcyjne? ☐ Tak ☐ Nie

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, ……. [__][__][__][__][__][__][__][__][__][__][__]
Nazwisko, imię PESEL Nr.

Zamieszkały/a: …......, oświadczam, że **upoważniam*)** Pana/-ią …....., legitymującego/-ą się dowodem osobistym nr …....., / **nie upoważniam nikogo*)** do uzyskiwania informacji medycznej dotyczącej mojej osoby (podopiecznego*) oraz odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w **Gabinecie Dentystycznym Urszula Wagner, Pawlikowice 431A, 32-020 Wieliczka.**

Wyrażam zgodę na leczenie w tutejszej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami poradni.

__/__/____ _____
Data: Podpis pacjenta (opiekuna prawnego*)

*niepotrzebne skreślić