

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA (dorosłego)

ZGODA NA LECZENIE

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 **watpliwości z lekarzem prowadzącym**. **PROSZĘ O ZAKREŚLENIE KRZYŻYKIEM KRATKI przy właściwej odpowiedzi: TAK lub NIE.**

Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia , wybrania odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem oraz zaordynowania właściwych leków gdyby były potrzebne.

.....
PESEL Nazwisko, imię pacjenta

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

Telefon Adres.....

1. Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)? TAK NIE
2. Czy w ciągu ostatnich 5 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu? TAK NIE

Jeśli tak to z jakiego powodu:

3. Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy TAK NIE

Jeśli tak to na co:

4. Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki, Jeśli tak to jakie: TAK NIE

Zwłaszcza: **aspirynę, leki przeciwkrzepliwie, steroidy, insulinę, leki przeciwhistaminowe, nasercowe, na nadciśnienie, antybiotyki**, (proszę podkreślić właściwe) TAK NIE

5. Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? TAK NIE

Jeśli tak to na co:

6. Czy zdarzały się lub występują u Pana(i): duszność, obrzęki, pokrzywka, swędzenie TAK NIE

7. Czy miał(a) Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK NIE

8. Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? TAK NIE

9. Czy przebył(a) Pan(i) jakiś poważny zabieg operacyjny TAK NIE

Jeśli tak, to proszę podać przyczynę operacji

czy dobrze zniósł pan(i) znieczulenie

10. Czy był Pan(i) poddana zabiegom lub leczeniu - naświetlanie, chemioterapia, leczenie sterydami TAK NIE

11. Czy ma Pan(i) kartę Poradni Onkologicznej TAK NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób? (proszę podkreślić właściwe)

12. choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu , zapalenie mięśnia sercowego) TAK NIE

13. inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) TAK NIE

14. choroby naczyń krwionośnych (żyłaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu) TAK NIE

15. choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) TAK NIE

16. choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) TAK NIE

17. choroby wątroby (kamica, żółtaczką, marskość wątroby) TAK NIE

18. choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) TAK NIE

19. zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa) proszę podać ostatni poziom cukru: TAK NIE

20. choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) TAK NIE
21. choroby układu nerwowego (padaczka, niedowład, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK NIE
22. choroby krwi i układu krzepnięcia, skłonność do krwawień (hemofilia, anemia, wylewy krwawe, krwawienie z nosa) TAK NIE
23. Czy zdarzyło się przedłużone krwawienie po usunięciu zęba TAK NIE
24. Czy dobrze znosi Pan(i) znieczulenia miejscowe TAK NIE
25. choroby oczu (jaskra) TAK NIE
26. zmiany nastroju (depresja, nerwica) TAK NIE
27. choroby zakaźne TAK NIE
- | | | | | | |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| zółtaczką zakaźną A | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | AIDS | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| zółtaczką zakaźną B | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | gruźlica | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| zółtaczką zakaźną C | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | choroby weneryczne | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
28. choroba reumatyczna TAK NIE
29. osteoporoza TAK NIE
30. inne dolegliwości lub schorzenia, które miały miejsce w przeszłości TAK NIE
- Jeśli tak to jakie?
-
31. Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi
32. Czy miał Pan(i) przetaczaną krew TAK NIE
- Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny:
33. Czy pali Pan(i) tytoń? TAK NIE
- Jeśli tak, to ile i od kiedy:
34. Czy ma lub miał(a) Pan(i) problem z nadużywaniem alkoholu? TAK NIE
35. Czy zażywa Pan(i) środki uspakajające, nasenne, narkotyki? TAK NIE
- Jeśli tak to jakie:
- Pytania dotyczące kobiet:**
36. Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE
- Jeśli tak to w którym miesiącu:
37. Jeżeli planowany jest zabieg chirurgiczny proszę podać kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?
38. 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 zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Ja,
imię, nazwisko

Nr PESEL:

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

zamieszkały/a:....., oświadczam, że:

upoważniam*) Pana/-ią / **nie upoważniam nikogo*)** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia (podopiecznego*) oraz – w przypadkach uzasadnionych – 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 tutejszym gabinecie stomatologicznym. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami gabinetu. Wyrażam zgodę na wykonywanie w trakcie leczenia niezbędnych zdjęć rtg i cyfrowych zdjęć fotograficznych dokumentujących poszczególne etapy leczenia.

.....
data

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