

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA (dziecka)

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 wątpliwości 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.

.....
Nazwisko, imię dziecka (pacjenta)

PESEL

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

Telefon domowy

Adres.....

1. Czy dziecko czuje się ogólnie zdrowo? TAK NIE
2. Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczyło się na coś poważnego? TAK NIE

Jeśli tak to z jakiego powodu:

3. Czy aktualnie się na coś leczy? TAK NIE

Jeśli tak to na co:

4. Czy przyjmuje jakieś leki, Jeśli tak to jakie: TAK NIE

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

5. Czy jest na coś uczulone? TAK NIE

Jeśli tak to na co:

6. Czy występują u dziecka:

duszność	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	obrzęki	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
pokrzywka	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	swędzenie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

7. Czy miał epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK NIE

8. Czy było poddane zabiegom lub leczeniu:

- operacji kardiochirurgicznej TAK NIE

- leczenie sterydami, naświetlanie, chemioterapia TAK NIE

9. Czy ma kartę Poradni Onkologicznej TAK NIE

Czy choruje lub chorowało na którąś z następujących chorób: (proszę podkreślić właściwe)

10. **choroby serca** (wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego, inne) TAK NIE

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

12. **choroby naczyń krwionośnych** (naczyniaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, inne) TAK NIE

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

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

15. **choroby wątroby** (żółtaczką, inne) TAK NIE

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

17. **zaburzenia przemiany materii** (cukrzyca, dna moczanowa) TAK NIE

18. **choroby tarczycy** (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) TAK NIE

19. **choroby układu nerwowego** (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK NIE

20. choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, TAK NIE
21. przedłużone krwawienie po usunięciu zęba TAK NIE
22. choroby oczu (jaskra) TAK NIE
23. zmiany nastroju (depresja, nerwica) TAK NIE
24. choroby zakaźne TAK NIE
- żółtaczka zakaźna A TAK NIE żółtaczka zakaźna C TAK NIE
- żółtaczka zakaźna B TAK NIE gruźlica TAK NIE
25. choroba reumatyczna TAK NIE
26. inne dolegliwości lub schorzenia, które miały miejsce w przeszłości TAK NIE
- Jeśli tak to jakie
-
-
27. Jeżeli było mierzone to jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi
28. Czy było kiedyś operowane? TAK NIE
- Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu:
29. Czy dobrze zniosło znieczulenie? TAK NIE
30. Czy miało przetaczaną krew TAK NIE
- Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny:
31. Czy zażywa środki uspokajające, nasenne? TAK NIE

OŚWIADCZENIE 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: będąc przedstawicielem ustawowym dziecka/pacjenta:

..... posiadającego nr PESEL

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

oświadczam, że **upoważniam*** Pana/-ią zamieszkałego/a

nie upoważniam nikogo innego* do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta, do wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz uzyskiwania 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 tutejszej gabinecie. 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 opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie.