**INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA**

 Wszystkie podane informacje są objęte tajemnica 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

Telefon ………………………………… Adres zamieszkania…………..…………………………………………………….

Adres e-mail : …………………………………………………………………………………………………………….

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 🞎

**innechoroby 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 🞎 AIDS TAK 🞎 NIE 🞎

żółtaczka zakaźna B TAK 🞎 NIE 🞎 gruźlica TAK 🞎 NIE 🞎

żółtaczka zakaźna C 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 znosi Pan(i) znieczulenie(np. stomatologiczne)? 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 🞎

Codziennie? 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 doustne środki antykoncepcyjne? 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………………………………………………………, zamieszkały/a………………………………………………….

Oświadczam, że **upoważniam\*** Pana/-ią………………………………………………/**nie upoważniam nikogo\*** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia (podopiecznego\*) oraz – w przypadku śmierci – do uzyskiwania wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby (podopiecznego\*) oraz odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w……………………………………………………………..

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w Medenti. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami kliniki.

 ………………………… ……………………………....………………….

 *data podpis pacjenta (opiekuna prawnego\* )*

\* niepotrzebne skreślić

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie.