

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PACJENTA

Podane informacje objęte są 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.

DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

PESEL

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

Adres

Telefon

Adres e-mail

DANE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTA

Prosimy o postawienie znaku X w odpowiedniej kratce, a w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, podanie szczegółowych informacji w odpowiednim miejscu.

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? TAK NIE

Jeśli tak to jakie?

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

Jeśli tak to na co?

Czy był(a) Pan(i) już kiedyś operowany(a)? TAK NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu?

Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki? TAK NIE

Jeśli tak to jakie?

Jak znosi Pan(i) znieczulenie? DOBRZE ŹLE

Prosimy o postawienie znaku X w odpowiedniej kratce

	TAK	NIE
Czy występują u Pana(i) po lekach lub po znieczuleniu następujące objawy: duszność, obrzęki, pokrzywka, swędzenie?		
Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień?		
Czy zdarzyło się przedłużone krwawienie po usunięciu zęba?		
Czy miał(a) Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?		
Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca?		
Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób:		
Choroby serca		
Nadciśnienie		
Choroby płuc [astma; inne]		
Choroby układu pokarmowego		
Choroby wątroby [kamica, marskość wątroby; inne]		
Choroby układu moczowego		
Zaburzenia przemiany materii [cukrzyca; inne]		
Choroby tarczycy [nadczynność, niedoczynność, wole obojętne; inne]		
Choroby układu nerwowego [padaczka, niedowłady, utraty przytomności; inne]		
Choroby układu kostno-stawowego [zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa; inne]		
Choroby krwi i układu krzepnięcia		
Choroby oczu [jaskra; inne]		
Choroby genetyczne		
Choroby nowotworowe		
Zmiany nastroju [depresja, nerwica; inne]		
Żółtaczka zakaźna typ A		
Żółtaczka zakaźna typ B		
Żółtaczka zakaźna typ C		
HIV/AIDS		
Gruźlica		
Choroba reumatyczna		
Osteoporoza		
Czy pali Pan(i) papierosy?		
Czy pije Pan(i) alkohol?		
Pytania dotyczące kobiet:		
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy stosuje pani doustne środki antykoncepcyjne?		

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, _____ nr PESEL _____

zamieszkały/a _____ oświadczam, że **upoważniam*** Pana/ią _____ nr PESEL _____ 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 Centrum Stomatologii „Estetica” s.c. w Dąbrowie Górniczej.

- ◆ 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.
- ◆ Wyrażam zgodę na wykonywanie i przechowywanie dokumentacji RTG i fotograficznej i wykorzystanie jej na potrzeby leczenia w tutejszej placówce.
- ◆ Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych, podanych w powyższym formularzu dla celów medycznych – zgodnie z Ustawą z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. EU L 119 z 04.05.2016) dla potrzeb mojego leczenia stomatologicznego w Centrum Stomatologii „Estetica” s.c.

Data

Podpis pacjenta (opiekuna prawnego*)

*niepotrzebne skreślić

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu na recepcji