

Informacja dotycząca stanu zdrowia pacjenta:

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Prosimy dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. **W przypadku trudności z odpowiedzią prosimy 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.

Imię i nazwisko pacjenta:

nr pesel																			
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

Adres e-mail:, **nr telefonu komórkowego:**.....

Odpowiadając należy zakreślić poprawną odpowiedź lub skreślić niepoprawną odpowiedź **X**

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
- pokrzywka ? TAK / NIE
- obrzęki ? TAK / NIE
- swędzenie ? TAK / NIE
- zgrzytanie zębami ? TAK / NIE
- zaciskanie zębami ? 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, przewlekłe zapalenie oskrzeli)? TAK / NIE
- choroby układu pokarmowego** (choroba wrzodowa żołądka/dwunastnicy, choroby jelit)? TAK / NIE
- choroby wątroby** (kamica, żółtaczką, marskość)? TAK / NIE
- zaburzenia przemiany materii** (cukrzyca, dna moczanowa)? TAK / NIE
- choroby tarczycy** (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne, Hashimoto)? TAK / NIE
- choroby układu nerwowego** (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)? 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
 - WZW A TAK / NIE
 - WZW B TAK / NIE
 - WZW C TAK / NIE
 - HIV /AIDS TAK / NIE
 - gruźlica TAK / NIE
 - choroby weneryczne TAK / NIE
- choroba reumatyczna** TAK / NIE
- osteoporoza** TAK / NIE
- inne dolegliwości (jakie)?**..... TAK / NIE
- Czy był (-a) Pan (-i) już kiedyś operowany (-a)? TAK / NIE
- Czy dobrze zniósł (-a) Pan (-i) znieczulenie stomatologiczne? TAK / NIE
- Czy miał (-a) Pan (-i) przetaczaną krew? TAK / NIE
- Czy pali Pan (-i) tytoń? TAK / NIE
- Czy zażywa Pan (-i) leki uspakajające, nasenne, narkotyki? TAK / NIE
- Jeśli tak, to jakie?.....
- Pytania dotyczące kobiet:**
- a) Czy jest Pani w ciąży? Jak tak, to w którym miesiącu?..... TAK / NIE
- b) 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.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis pacjenta