

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta:	Data urodzenia Wiek												
Adres:	PESEL <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												
Nr telefonu:	Adres e-mail:												

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**.

Poniższe pytania służą zebraniu informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz zastosowania odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

WYWIAD OGÓLNOLEKARSKI

		TAK	NIE
1.	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?		
	• choroby serca: zawał, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu, uszkodzenia zastawek, rozrusznik serca, sztuczne zastawki		
	• nadciśnienie lub zbyt niskie ciśnienie tętnicze		
	• choroba wrzodowa (żołądka, dwunastnicy)		
	• cukrzyca		
	• choroby układu oddechowego: astma, gruźlica		
	• zapalenie stawów (artretyzm)		
	• osteoporoza		
	• żółtaczką zakaźną- zapalenie wątroby typu A, B lub C		
	• HIV/AIDS		
	• choroby tarczycy: nadczynność, niedoczynność, wole obojętne		
	• choroby krwi i układu krzepnięcia: hemofilia, białaczka, anemia		
	• epilepsja, napady padaczkowe		
	• uszkodzenia w obrębie głowy / szyi		
	• choroby układu moczowego: zapalenie nerek, kamica nerkowa		
	• inne mogące mieć znaczenie w trakcie leczenia / jakie ?		
2.	Kobieta Czy jest Pani w ciąży? Jeśli tak, to w którym miesiącu:		
3.	Kobieta Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne?		
4.	Czy cierpi Pan(i) na alergię?		
5.	Czy jest Pan(i) uczulony(a) na penicylinę, aspirynę, ibuprofen, paracetamol, metale (nikiel, chrom, srebro), lateks, jod, znieczulenia stomatologiczne lub inne leki?		
6.	Czy przyjmuje Pan(i) na stałe jakieś leki? np.:		
	• rozrzedzające krew: Syncumar, Heparyna, Clexane, Aspiryna, Acard		
	• nasercowe		
	• na osteoporozę		
	• immunosupresyjne, sterydowe		
	• inne		
7.	Czy był Pan(i) poddawany chemioterapii lub radioterapii?		

		TAK	NIE
8.	Czy występują u Pana(i):		
	• duszność		
	• obrzęki		
	• epizody zasłabnięcia, utraty przytomności		
	• pokrzywka, swędzenie		
	• zmiany nastroju (depresje, nerwice)		
	• choroba alkoholowa		
	• uzależnienie od narkotyków		
9.	Czy pali/palił Pan(i) papierosy?		
10.	Czy miał Pan(i) kiedykolwiek wykonany:		
	• zabieg przetaczanie krwi		
	• szpitalny zabieg operacyjny		
	• przeszczep narządów		
	• przekłuwanie uszu lub innej części ciała		
	• zabieg manicure / pedicure w gabinecie kosmetycznym		
	• tatuaż		

WYWIAD STOMATOLOGICZNY

		TAK	NIE
1.	Czy miewa Pan(i):		
	• infekcje wirusowe w jamie ustnej (afte, opryszczki)		
	• przedłużone krwawienie z powodu skaleczenia, siniaki		
	• nasilone krwawienia po ekstrakcji zęba		
	• stany zapalne jamy ustnej, krwawienie dziąseł		
2.	Czy Pana(i) rodzice chorowali / chorują na paradontozę?		
3.	Czy był Pan(i) leczony(a) ortodontycznie?		
4.	Czy jest Pan(i) zadowolony(a) z aktualnego stanu własnego uzębienia?		

- Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Wszystkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej lub osoby będącej pod moją opieką prawną, zobowiązuję się zgłosić przy najbliższej wizycie.
- Wyrażam zgodę na wykonywanie i przechowywanie dokumentacji RTG w tutejszej placówce.
- Wyrażam zgodę na wykonywanie dokumentacji fotograficznej i wykorzystanie jej na potrzeby leczenia i prac naukowych.
- Wszystkie informacje zawarte w powyższym formularzu wraz z wykonaną dokumentacją fotograficzną są poufne i objęte tajemnicą lekarską.
- Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, adres, nr telefonu) lub osoby będącej pod moją opieką prawną, podanych w powyższym formularzu dla celów medycznych– zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.)

Data

Czytelny podpis pacjenta
(opiekuna prawnego)