

# ANKIETA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA

## PACJENTA

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. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego poprzez ponowne wypełnienie tej ankiety.** Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz wybrania odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

.....  
Nazwisko, Imię pacjenta

Telefon .....

PESEL

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

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? Jeśli tak to proszę zaznaczyć którą.

**choroby serca** (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego) TAK  NIE

uwagi.....

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

uwagi.....

**choroby naczyń krwionośnych** (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu) TAK  NIE

uwagi.....

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

uwagi.....

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

uwagi.....

**choroby wątroby** (kamica, żółtaczką, marskość wątroby) TAK  NIE

uwagi.....

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

uwagi.....

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

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

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

**choroby układu kostno-stawowego** (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) TAK  NIE   
uwagi.....

**choroby krwi i układu krzepnięcia** (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) TAK  NIE   
uwagi.....

**choroby oczu** (jaskra) TAK  NIE   
uwagi.....

**zmiany nastroju** (depresja, nerwica) TAK  NIE   
uwagi.....

**choroby zakaźne**

żółtaczką zakaźną A	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	AIDS	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
żółtaczką zakaźną B	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	gruźlica	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
żółtaczką zakaźną C	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	ch. weneryczne	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

**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 zniósł Pan(i) znieczulenie? TAK  NIE   
uwagi.....

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   
uwagi.....

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

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

czytelny podpis pacjenta (rodzica lub opiekuna)

## 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:

Imię, nazwisko

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

zamieszkały/a: ....., oświadczam, że **upoważniam\***) Pana/-ią ....., legitymującego/-ą się dowodem osobistym nr ....., / **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 Indywidualnej Praktyce Lekarskiej lek.dent.lek.med Marek Woźniacki.

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ czytelny podpis pacjenta (rodzica lub opiekuna)

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej oraz fotograficznej przed, podczas i po wykonanym leczeniu w celu zapewnienia pełnej dokumentacji z przeprowadzonego leczenia. Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez lekarza prowadzącego zdjęć medycznych, RTG, opisów mojego przypadku do współpracy z laboratorium dentystycznym oraz do prac naukowych i szkoleń, prezentacji, wykładów, publikacji naukowych i informacyjnych pod warunkiem, że zdjęcia i opisy nie będą zawierały danych osobowych i więcej niż 1/2 część twarzy.

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ czytelny podpis pacjenta (rodzica lub opiekuna)

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w tutejszej praktyce. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym Markiem Woźniackim lub lekarzem wykonującym świadczenia zdrowotne w ramach umowy o współpracy z Indywidualną Praktyką Lekarską Marek Woźniacki. Wyrażam zgodę na wgląd do mojej dokumentacji medycznej w tym radiologicznej i fotograficznej lekarza wykonującego świadczenia zdrowotne w ramach umowy o współpracy z Indywidualną Praktyką Lekarską Marek Woźniacki.

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ czytelny podpis pacjenta (rodzica lub opiekuna)

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie.

Załącznik nr 1 do dokumentacji medycznej

Oświadczam, że są mi znane i akceptuję warunki umieszczania / pozostawiania odzieży wierzchniej w poczekalni, która jest miejscem ogólnie dostępnym. Przyjąłem do wiadomości i akceptuję, że lekarze oraz personel Zakładu Opieki Zdrowotnej zajmują się i są skoncentrowani na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, tym samym lekarze ani personel nie mogą zajmować się opieką nad odzieżą lub innymi przedmiotami pozostawionymi w poczekalni. W związku z powyższym:

a. Zobowiązuję się do nie pozostawiania w poczekalni bez mojego nadzoru teczek, toreb, torebek, dokumentów, wartości pieniężnych, innych przedmiotów wartościowych, kart płatniczych, biżuterii, kluczyków do pojazdów ani kluczy do mieszkań lub innych podobnych przedmiotów.

b. W przypadku potrzeby zabezpieczenia przed utratą ww. przedmiotów lub odzieży wierzchniej, podczas udzielania mi (Pacjentowi) świadczeń zdrowotnych, zobowiązuję się do poinformowania o ww. lekarza lub personel i powierzenia im ww. rzeczy na przechowanie w odrębnym niż poczekalnia pomieszczeniu lub zamkniętej szafie.

c. Zrzekam się roszczeń do Indywidualna Praktyka Lekarska Marek Woźniacki w przypadku utraty odzieży lub innych przedmiotów wynikającej z nieprzestrzegania przeze mnie ww. zapisów.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie teraz i w przyszłości moich danych osobowych zawartych w „zgodzie Pacjenta” oraz danych o stanie zdrowia, zdjęć i dokumentacji medycznej ( zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. Ust. Nr 133 poz. 883 z późniejszymi zmianami), do celów wykonania zabiegów medycznych, planowania, obsługi przyszłych i obecnych umów / świadczeń, z których korzystam lub będę korzystał w ww. gabinecie / zakładzie opieki zdrowotnej. Dane nie będą nikomu udostępniane z wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielania informacji. Udzielającemu pełnomocnictwa przysługuje prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania.

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

czytelny podpis pacjenta (rodzica lub opiekuna)