

INFORMACJA 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**.

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

.....PESEL

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

Nazwisko, imię, drugie imię pacjenta

Telefon Adres.....

mail.....

odział NFZ.....

Płeć: Kobieta Mężczyzna

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 podkreślić chorobę

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, 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, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK NIE

choroby układu kostno-stawowego (ból korzonkowy, 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 skóry (łuszczyca, atopowe zapalenie skóry) TAK NIE

choroby oczu (jaskra) TAK NIE

zmiany nastroju (depresja, nerwica) TAK NIE

choroby zakaźne TAK NIE

 żółtaczką zakaźną A TAK NIE AIDS TAK NIE

 żółtaczką zakaźną B TAK NIE gruźlicą TAK NIE

 żółtaczką zakaźną C TAK NIE

choroba reumatyczna TAK NIE

choroba nowotworowa TAK NIE

osteoporoza TAK NIE

inne dolegliwości, jakie?

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?.....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

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

 Jeśli tak to jakie:

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

 Jeśli tak to w którym miesiącu:

Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? TAK NIE

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych:

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art.7ust 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. tzw. RODO* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Park Medical Sp.z o.o.Cieszyn ul.Liburnia 5, nr KRS 0000 388132, której administratorem jest Michał Kowalczyk w celu komunikacji korzystania z usług med. oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórk. i poczty elektron.informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności Park Medical sp.z o.o. Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art.7 RODO,tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany przez Park Medical

Sp.zo.o.Cieszyn, ul.Liburnia 5 o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. W spr. ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE(ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

.....

data

.....

podpis pacjenta (opiekuna prawnego)*