

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo.
Wątpliwości proszę wyjaśnić z lekarzem prowadzącym.
Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz wybrania odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

PESEL

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

.....
Nazwisko, imię pacjenta

Telefon Adres.....

Email.....

Wyrażam zgodę na przypomnienie o kolejnej wizycie w Park Medical sp.z o.o.

☐ sms-owe

☐ e-mailowe

INFORMACJE MEDYCZNE

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, antykoncepcyjne) TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to jakie:

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?- w przypadku wyboru odpowiedzi **NIE** w punkcie głównym (wytluszczone litery) proszę opuścić pozostałe podpunkty:

- | | |
|--|---|
| 1. Choroby serca | TAK ☐ NIE ☐ |
| choroba wieńcowa | TAK ☐ NIE ☐ |
| przebyty zawał | TAK ☐ NIE ☐ |
| zaburzenia rytmu serca | TAK ☐ NIE ☐ |
| stan po operacji serca | TAK ☐ NIE ☐ |
| wada serca | TAK ☐ NIE ☐ |
| 2. Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? | TAK ☐ NIE ☐ |
| 3. Inne choroby układu krążenia | TAK ☐ NIE ☐ |
| miażdżyca | TAK ☐ NIE ☐ |
| nadciśnienie | TAK ☐ NIE ☐ |
| duszności | TAK ☐ NIE ☐ |
| 4. Choroby krwi i układu krzepnięcia | TAK ☐ NIE ☐ |
| hemofilia | TAK ☐ NIE ☐ |
| zaburzenia krzepliwości wrodzone/nabyte – jakie? | TAK ☐ NIE ☐ |
| 5. Choroby układu nerwowego | TAK ☐ NIE ☐ |
| padaczka | TAK ☐ NIE ☐ |
| 6. Choroby zakaźne | TAK ☐ NIE ☐ |
| WZW B - żółtaczka zakaźna B | TAK ☐ NIE ☐ |

WZW C - żółtaczką zakaźną C

TAK ☐ NIE ☐

AIDS

TAK ☐ NIE ☐

7. Choroby układu oddechowego

TAK ☐ NIE ☐

astma

TAK ☐ NIE ☐

gruźlica

TAK ☐ NIE ☐

8. Choroby wątroby

TAK ☐ NIE ☐

marskość wątroby

TAK ☐ NIE ☐

kamica

TAK ☐ NIE ☐

9. Choroby układu pokarmowego

TAK ☐ NIE ☐

choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy

TAK ☐ NIE ☐

10. Zaburzenia hormonalne (jakie?)

TAK ☐ NIE ☐

cukrzyca

TAK ☐ NIE ☐

nadczynność tarczycy

TAK ☐ NIE ☐

niedoczynność tarczycy

TAK ☐ NIE ☐

12. Ciąża

TAK ☐ NIE ☐

13. Alergia:

TAK ☐ NIE ☐

na leki

TAK ☐ NIE ☐

na lateks

TAK ☐ NIE ☐

inne (jakie?).....

TAK ☐ NIE ☐

14. Osteoporoza

TAK ☐ NIE ☐

15. Czy pali Pan(i) tytoń?

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, to ile i od kiedy:

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* wyrażną 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*)