

Leśnickie Centrum Stomatologiczne

NIP 8991148847 REGON 930023188
54-072 Wrocław, ul. Dolnobrzezka 46c/2/LU
Tel. 71 361 90 36; +48 502 504 231
www.lcs.wroclaw.pl e-mail: twoj_stomatolog@op.pl

Numer KARTY							
-------------	--	--	--	--	--	--	--

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 wybrania odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

.....DATA URODZENIA

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

Nazwisko, imię pacjenta-LITERY DRUKOWANE(czytelne)

Telefon Adres:kod poczt.....Miejscowość.....ul...../....

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

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)? Jeśli tak to na co: TAK NIE

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?

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, żółtaczką, 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, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK NIE

choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, 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

Leśnickie Centrum Stomatologiczne

NIP 8991148847 REGON 930023188
54-072 Wrocław, ul. Dolnobrzezka 46c/2/LU
Tel. 71 361 90 36; +48 502 504 231
www.lcs.wroclaw.pl e-mail: twoj_stomatolog@op.pl

Numer KARTY									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

choroby oczu (jaskra) 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 ch. weneryczne TAK NIE

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

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

Jeśli tak to jakie:

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? Jeśli tak to w którym miesiącu: TAK NIE

OŚWIADCZENIE PACJENTA lub OPIEKUNA PRAWNEGO*)

1. 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.

2. Ja, Nr PESEL:

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

Imię, nazwisko

oświadczam, że **upoważniam*)** Pana/-ią, / **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 LEŚNICKIM CENTRUM STOMATOLOGICZNYM.

3. Jestem opiekunem prawnym i wyrażam zgodę na leczenie DZIECKA*

4. Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w tutejszej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami poradni oraz lekarzem wykonującym świadczenia zdrowotne w ramach umowy o współpracy z LEŚNICKIM CENTRUM STOMATOLOGICZNYM.

.....
data

.....
podpis pacjenta (opiekuna prawnego*)

* niepotrzebne skreślić

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie.