



Indywidualna Praktyka Stomatologiczna S-DENT
33-386 Podegrodzie 399, tel. 661 443 644

Imię i nazwisko _____

Data urodzenia _____ PESEL _____

Adres _____

Telefon _____ Data badania _____

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

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

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 miał(a) Pan(i) przetaczaną krew? TAK NIE

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy? TAK NIE

jeśli TAK, to na co? _____

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (aspirynę, leki przeciwzakrzepowe, uspokajające, nasenne*) TAK NIE

jeśli TAK, to jakie? _____

Czy jest Pan(i) na coś uczulony? TAK NIE

jeśli TAK, to na co? _____

Czy ma Pan(i) skłonności do krwawień? TAK NIE

Czy miał(a) 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:

choroba 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 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, 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 wyrwaniu zęba) TAK NIE

choroby oczu (jaskra) TAK NIE

zmiany nastroju (depresja, nerwica) TAK NIE

choroby zakaźne:

żółtaczką zakaźną typu A TAK NIE

AIDS TAK NIE

żółtaczką zakaźną typu B TAK NIE

gruźlica TAK NIE

żółtaczką zakaźną typu C TAK NIE

ch. weneryczne TAK NIE

choroba reumatyczna TAK NIE

osteoporoza TAK NIE

inne dolegliwości, jakie? _____

Jaki był ostatni wynik pomiaru ciśnienia krwi? _____

Użytki (tytoń, alkohol, narkotyki) TAK NIE

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

jeśli TAK, to w którym miesiącu? _____

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.

Znam przysługujące mi prawa wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w S-DENT. Zgoda obejmuje wykonanie, zgodnie ze sztuką lekarską, wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem.

_____ data

_____ podpis pacjenta (opiekuna prawnego)*

* niepotrzebne skreślić

Karta praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie