

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.

NAZWISKO I IMIĘ	DATA URODZENIA	ADRES ZAMIESZKANIA
PESEL		TELEFON

- 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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | obrzęki | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |
| pokrzywka | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | swędzenie | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |
- Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień?
- Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?
- Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca?
- 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, 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, 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
- choroby oczu** (jaskra) TAK NIE
- zmiany nastroju** (depresja, nerwica) TAK NIE
- choroby zakaźne** TAK NIE
- | | | | |
|---------------------|---|----------------|---|
| żółtaczka zakaźna A | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | AIDS | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |
| żółtaczka zakaźna B | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | gruźlica | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |
| żółtaczka zakaźna 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
 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
 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

Zażywane leki
 Uwagi

STAW SKRONIOWO-ŻUCHWOWY
 Trzaski * Trzeszczenia * Bóle * Jednostronne * Obustronne
 ARAFUNKCJE ZWARCIOWE PARAFUNKCJE NIEZWARCIOWE
 Zgrzytanie * Zaciskanie

BŁONA ŚLUZOWA
 WARGI
 POLICZKI
 DNO JAMU USTNEJ
 JEZYK
 PODNIEBIENIE

Krwawienie																
Płytki																
Zmiany okw																
Patologia miążgi																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Patologia miążgi																
Zmiany okw																
Płytki																
Krwawienie																

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

oświadczam, że **upoważniam*** Pana/-ią, legitymującego/-ą się PESELEM, / 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 gabinecie Dent4you Beata Morawka-Jankowska w Poznaniu.

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.

.....
 data

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

* niepotrzebne skreślić
 Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie.