

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.

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 leczysz?		TAK ☐	NIE ☐		
Jeśli tak to na co:					
Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepienne)		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?					
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 (zylaki, 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, mniastenia)		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 ☐	NIE ☐	AIDS	TAK ☐	NIE ☐
żółtaczka zakaźna B	TAK ☐	NIE ☐	gruźlica	TAK ☐	NIE ☐
żółtaczka zakaźna C	TAK ☐	NIE ☐	ch. weneryczne	TAK ☐	NIE ☐
choroba reumatyczna		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 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 uspokajające, 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 ☐

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, oświadczam, że upoważniam Pana/-ią, legitymującego/-ą się dowodem osobistym nr/ 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 MEDICUS CLINIC sp. z o.o.

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.

2026-03-11, godz. 16:39,
podpis pacjenta

MEDICUS *clinic*