

Numer karty

KARTA STOMATOLOGICZNA

Nazwisko Imię

Data urodzenia PESEL

Adres

Numer telefonu

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTA

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo.

Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania i zaznaczyć właściwą odpowiedź. Odpowiedzi proszę wpisać drukowanymi literami. 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.

1. Czy czuje się Pan(i) zdrowy(a)? TAK NIE

2. Czy w ciągu ostatnich dwóch lat leczył się Pan(i) w szpitalu? TAK NIE

Jeśli tak to z jakiego powodu?

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

Jeśli tak to na co?

4. Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (zwłaszcza aspiryna, leki przeciwzakrzepowe)? TAK NIE

Jeśli tak to jakie?:

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

Jeśli tak to na co?

6. Czy występują u Pana(i)?

duszność TAK NIE

obrzęki TAK NIE

pokrzywka TAK NIE

swędzenie TAK NIE

7. Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień? TAK NIE

8. Czy miał(a) Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności TAK NIE

9. Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? TAK NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?

- 10. choroby serca** (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenia mięśnia sercowego) **TAK** **NIE**
- 11. inne choroby układu krążenia** (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) **TAK** **NIE**
- 12. choroby naczyń krwionośnych** (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu) **TAK** **NIE**
- 13. Choroby płuc** (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie płuc) **TAK** **NIE**
- 14. Choroby układu pokarmowego** (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) **TAK** **NIE**
- 15. Choroby wątroby** (kamica, żółtaczka, marskość wątroby) **TAK** **NIE**
- 16. Choroby układu moczowego** (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) **TAK** **NIE**
- 17. Zaburzenia przemiany materii** (cukrzyca, dna moczanowa) **TAK** **NIE**
- 18. Choroby tarczycy** (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) **TAK** **NIE**
- 19. Choroby układu nerwowego** (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) **TAK** **NIE**
- 20. Choroby układu kostno-stawowego** (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) **TAK** **NIE**
- 21. Choroby krwi i układu krzepnięcia** (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów) **TAK** **NIE**
- 22. Choroby oczu** (jaskra) **TAK** **NIE**
- 23. Zmiany nastroju** (depresja, nerwica) **TAK** **NIE**
- 24. 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"/> | choroby weneryczne | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |
- 25. Choroba reumatyczna** **TAK** **NIE**
- 26. Osteoporoza** **TAK** **NIE**
- 27. Inne dolegliwości, jakie**
- 28. Jaki był ostatnio pomiar ciśnienia**
- 29. Czy był(a) Pan(i) kiedyś operowany(a)** **TAK** **NIE**
- Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu
- 30. Czy dobrze zniósł(a) Pan(i) znieczulenie** **TAK** **NIE**
- 31. Czy miał(a) Pan(i) przetaczaną krew** **TAK** **NIE**
- Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny:
- 32. Czy pali Pan(i) tytoń?** **TAK** **NIE**
- Jeśli tak to ile i od kiedy?:
- 33. Czy pije Pan(i) alkohol?** **TAK** **NIE**
- 34. Czy zażywa Pan(i) środki nasenne, uspokajające, narkotyki?** **TAK** **NIE**
- Jeśli tak to jakie?:
- Pytania dotyczące kobiet:**
- 35. Czy jest Pani w ciąży?** **TAK** **NIE**
- Jeśli tak to w którym miesiącu?:
- 36. Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?**
- 37. Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne?** **TAK** **NIE**

.....
Data i podpis pacjenta

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.

Oświadczam, że upoważniam*) Pana/Panią..... legitymującego/ą się dowodem osobistym nr, /nie upoważniam nikogo*) do uzyskania 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 Centrum Stomatologii Estetycznej, Ortodoncji i Implantologii Proxima spółka partnerska lekarze dentyści Oleksy i Karaszewski.

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w tutejszym Centrum. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami Centrum.

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

*niepotrzebne skreślić
Karta Praw Pacjenta dostępna w Centrum.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, co następuje:

Zostałem/am poinformowany/na, iż w przypadku nie potwierdzenia terminu wizyty w dniu poprzedzającym wizytę u lekarza dentyisty termin ten może zostać uznany za nieaktualny.

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

