

Imię , nazwisko , pesel .....

Adres ..... data ur. ....

Tel. kom ..... E-mail .....

| CHOROBY                              | TAK <input checked="" type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | UWAGI                |
|--------------------------------------|---|------------------------------|----------------------|
| Alergiczne                           | <input type="checkbox"/>                |                              |                      |
| Astma                                | <input type="checkbox"/>                |                              |                      |
| Ostatni pobyt szpitalu               | <input type="checkbox"/>                |                              | Przyczyna pobytu :   |
|                                      |   |                              | <input type="text"/> |
| Dziedziczne                          | <input type="checkbox"/>                |                              |                      |
| Hemofilia                            | <input type="checkbox"/>                |                              |                      |
| WZW B <input type="checkbox"/> WZW C | <input type="checkbox"/>                |                              |                      |
| HIV                                  | <input type="checkbox"/>                |                              |                      |
| Krwi                                 | <input type="checkbox"/>                |                              |                      |
| Nerek                                | <input type="checkbox"/>                |                              |                      |
| Neurologiczne                        | <input type="checkbox"/>                |                              |                      |
| Okulistyczne                         | <input type="checkbox"/>                |                              |                      |
| Reumatologiczne                      | <input type="checkbox"/>                |                              |                      |
| Serca                                | <input type="checkbox"/>                |                              |                      |
| Układ krążenia                       | <input type="checkbox"/>                |                              |                      |
| Miażdżycy                            | <input type="checkbox"/>                |                              |                      |
| Nadciśnienie                         | <input type="checkbox"/>                |                              |                      |
| Układu nerwowego                     | <input type="checkbox"/>                |                              |                      |
| Układu pokarmowego                   | <input type="checkbox"/>                |                              |                      |
| Zaburzenia hormonalne                | <input type="checkbox"/>                |                              |                      |
| Padaczka                             | <input type="checkbox"/>                |                              |                      |
| Cukrzyca                             | <input type="checkbox"/>                |                              |                      |

**INNE**

**UWAGI**

|   |                          |  |  |
|---|--------------------------|--|--|
| Ciąża / miesiąc                         | <input type="checkbox"/> |  |  |
| Alergia na leki / mat. stomatologiczne  | <input type="checkbox"/> |  |  |
| Alergia na nikiel                       | <input type="checkbox"/> |  |  |
| <b>Przypadki OMDLENIA u stomatologa</b> | <input type="checkbox"/> |  |  |

Lista przyjmowanych aktualnie leków :

.....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym .

Data , podpis pacjenta