

ANKIETA ZDROWIA

(wywiad objęty tajemnicą lekarską)

Nazwisko i Imię pacjenta _____ PESEL _____ Wiek _____

Adres miejsca zamieszkania _____

Ostatnie badanie ogólne _____ Tel.kom. _____

Ogólna ocena zdrowia: ☐ Doskonałe ☐ Dobre ☐ Niezłe ☐ Słabe

CZY TERAZ LUB KIEDYKOLWIEK BYŁEŚ/AŚ, MIAŁEŚ/AŚ TAK NIE

1. w szpitalu z powodu choroby lub obrażeń _____ ☐ ☐	26. osteoporoze/osteopenię (np. przyjmowanie bisfosfonianów) _____ ☐ ☐	TAK	NIE
2. niepożądaną reakcję na _____ ☐ ☐	27. zapalenie stawów (artretyzm) _____ ☐ ☐	☐	☐
☐ aspirynę, ibuprofen, paracetamol, kodeinę	28. jaskrę _____ ☐ ☐	☐	☐
☐ penicylinę	29. soczewki kontaktowe _____ ☐ ☐	☐	☐
☐ erytromycynę	30. uszkodzenia głowy lub szyi _____ ☐ ☐	☐	☐
☐ tetracyklinę	31. epilepsję, drgawki epileptyczne (napady padaczkowe) _____ ☐ ☐	☐	☐
☐ sulfamidy	32. problemy neurologiczne (zaburzenia uwagi) _____ ☐ ☐	☐	☐
☐ miejscowy środek znieczulający	33. wirusowe infekcje i opryszczki _____ ☐ ☐	☐	☐
☐ fluor	34. jakiegokolwiek guzki lub obrzęk w jamie ustnej _____ ☐ ☐	☐	☐
☐ metale (nikiel, złoto, srebro, _____)	35. pokrzywkę, wysypkę na skórze, gorączkę sienną _____ ☐ ☐	☐	☐
☐ kauczuk, latex	36. choroby weneryczne _____ ☐ ☐	☐	☐
☐ inne _____ ☐ ☐	37. zapalenie wątroby (typu _____) _____ ☐ ☐	☐	☐
3. problem z sercem, lub stent sercowy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy _____ ☐ ☐	38. HIV/AIDS _____ ☐ ☐	☐	☐
4. historię zakaźnego zapalenia wsierdza _____ ☐ ☐	39. guz, nienormalną narośl _____ ☐ ☐	☐	☐
5. sztuczną zastawkę serca, poprawianą wadę serca _____ ☐ ☐	40. leczenie naświetlaniem _____ ☐ ☐	☐	☐
6. rozrusznik serca lub wszczepialny defibrylator _____ ☐ ☐	41. chemioterapię _____ ☐ ☐	☐	☐
7. sztuczne protezy np. stawów lub implanty _____ ☐ ☐	42. problemy emocjonalne _____ ☐ ☐	☐	☐
8. ostry gościec stawowy lub szkarlatynę _____ ☐ ☐	43. leczenie psychiatryczne _____ ☐ ☐	☐	☐
9. wysokie lub niskie ciśnienie _____ ☐ ☐	44. leki przeciwdepresyjne _____ ☐ ☐	☐	☐
10. wylew krwi (przyjmujesz leki rozrzedzające krew) _____ ☐ ☐	45. alkohol/uzależnienie od narkotyków _____ ☐ ☐	☐	☐
11. anemię lub inne zaburzenia krwi _____ ☐ ☐			
12. przedłużone krwawienie z powodu skaleczenia, siniaki _____ ☐ ☐	CZY:		
13. rozedmnę płuc, sarkoidozę _____ ☐ ☐	46. miałeś stany zapalne jamy ustnej, krwawienie dziąseł _____ ☐ ☐	☐	☐
14. gruźlicę _____ ☐ ☐	47. zdajesz sobie sprawę ze zmiany w swoim ogólnym stanie zdrowia _____ ☐ ☐	☐	☐
15. astmę _____ ☐ ☐	48. czy rodzice mieli lub mają paradontozę _____ ☐ ☐	☐	☐
16. problemy z oddychaniem lub snem (np. chrapanie, zatoki) _____ ☐ ☐	49. przyjmujesz leki na utrzymanie wagi ciała _____ ☐ ☐	☐	☐
17. chorobę nerek _____ ☐ ☐	50. czujesz się często wyczerpany/a lub znużony/a _____ ☐ ☐	☐	☐
18. chorobę wątroby _____ ☐ ☐	51. jesteś podatny/a na częste bóle głowy _____ ☐ ☐	☐	☐
19. żółtaczkę _____ ☐ ☐	52. palisz papierosy lub paliłeś/aś dawniej _____ ☐ ☐	☐	☐
20. chorobę tarczycy, niedobory wapna _____ ☐ ☐	53. jesteś uważany/a za osobę drażliwą _____ ☐ ☐	☐	☐
21. niedobór hormonów (przyjmowana suplementacja) _____ ☐ ☐	54. często niezadowolony/a lub wpadasz w depresję _____ ☐ ☐	☐	☐
22. wysoki cholesterol lub przyjmowałeś/aś statyny _____ ☐ ☐	55. KOBIETA- przyjmujesz środki antykoncepcyjne _____ ☐ ☐	☐	☐
23. cukrzycę _____ ☐ ☐	56. KOBIETA- jesteś w ciąży _____ ☐ ☐	☐	☐
24. wrzód na żołądku lub na dwunastnicy _____ ☐ ☐	57. MĘŻCZYZNA- masz zaburzenia prostaty _____ ☐ ☐	☐	☐
25. zaburzenia trawienia (np. refluks żołądkowy) _____ ☐ ☐			

Opisz aktualne leczenie, zbliżając się operację, lub jakiegokolwiek inne leczenie, które mogłoby mieć wpływ na Twoje leczenie stomatologiczne

Podaj listę leków, przyjmowanych w ciągu ostatniego roku

Lek	Powód	Lek	Powód
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

PROSIMY O INFORMOWANIE NAS W PRZYSZŁOŚCI O KAŻDEJ ZMIANIE W HISTORII ZDROWIA I PRZYJMOWANYCH LEKARSTWACH.

Podpis pacjenta _____ Data _____

Podpis lekarza _____ Data _____

Wyrażam zgodę na świadczenie usług medycznych i dobrowolnie chcę podjąć leczenie w „Przychodnia STOM-MED”. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur medycznych nie można gwarantować efektów leczenia. Wiem, iż lekarz dołoży wszelkich starań i poprowadzi moje leczenie zgodnie z obowiązującą i aktualną wiedzą medyczną.

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji medycznej, radiologicznej i fotograficznej. Wiem, że na każdym etapie mogę odwołać zgodę na leczenie.

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz.U.z 2002 r. Nr 101, poz.926 z późn.zm.) wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych oraz podanego przeze mnie numeru telefonu na potrzeby Przychodni STOM-MED związane z moim leczeniem i ustalaniem terminów wizyt.

.....
(imię i nazwisko, data)

Oświadczenie pacjenta o ustanowieniu osoby upoważnionej
do dokumentacji medycznej oraz kontaktu
(proszę wybrać jedna opcję a drugą przekreślić)

Upoważniam.....,
(imię i nazwisko)

dane kontaktowe (adres, nr telefonu).....,

do wglądu do dokumentacji medycznej i kontaktu z lekarzem, uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia, pobierania kopii/odpisów z mojej dokumentacji związanej z moim leczeniem i udzielonymi mi świadczeniami zdrowotnymi.

Upoważnienie jest skuteczne również w przypadku mojej śmierci.

Nie wyrażam zgody na ustanowienie osoby upoważnionej do dokumentacji medycznej i uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia.

.....
Podpis osoby upoważniającej (imię i nazwisko, data)