

Wywiad lekarski pacjenta		Data:		
Imię i nazwisko pacjenta:				
Adres zamieszkania:				
	Tak	Nie	Nie wiem	Uwagi
Choroby				
Układ krążenia:				
Nadciśnienie				
Niewydolność				
Miażdżyca				
Nerek:				
Niewydolność nerek				
Układu pokarmowego:				
Nadkwasota				
Krwi:				
Przedłużone krwawienie np. po skaleczeniu				
Neurologiczne:				
Infekcyjne:				
WZW C				
WZW B				
AIDS				
Alergiczne:				
Astma				
Dziedziczne:				
Hemofilia				
Serca:				
Przebyty zawał				
Stan po operacji serca				
Choroba wieńcowa				
Reumatyczne:				
Okulistyczne:				
Zaburzenia hormonalne:				
Czy był/a Pan/i w szpitalu w ciągu 2 lat?				
Czy w ciągu 2 lat był wykonywany?				
Drobny zabieg (np. usunięcie brodawki)				
Operacja (proszę podać jaka i kiedy)				
Zabieg kosmetyczny				
Zabieg depilacji				
Przekłuwanie uszu (lub inne)				
Tatuaż				
Przeciwwskazania:				
Pacjent nie może być poddany znieczuleniu				
Alergia na leki				
Alergia na materiały stomatologiczne:				
Nikiel				
Złoto				
Akryl				
Inne:				
Ciąża				
Cukrzyca				
Padaczka				

Oświadczam, że dane podane powyżej są zgodne ze stanem faktycznym:.....

OŚWIADCZENIE PACJENTA

o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych

świadczeniach zdrowotnych

- Ja (imię i nazwisko)..... PESEL.....
Upoważniam osobę bliską (imię i nazwisko, adres)
..... telefon
do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
(data i podpis)

- Ja (imię i nazwisko)..... PESEL
Nie upoważniam żadnej osoby bliskiej do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych
świadczeniach zdrowotnych.

.....
(data i podpis)

OŚWIADCZENIE PACJENTA

o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskania dokumentacji medycznej

- Ja (imię i nazwisko)..... PESEL.....
Upoważniam osobę bliską (imię i nazwisko)
telefon do uzyskania dokumentacji medycznej.

.....
(data i podpis)

- Ja (imię i nazwisko)..... PESEL
Nie upoważniam żadnej osoby bliskiej do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych
świadczeniach zdrowotnych.

.....
(data i podpis)

OŚWIADCZENIE PACJENTA

o wyrażeniu zgody na przeprowadzanie badania lub udzielenia innego świadczenia zdrowotnego

- Ja (imię i nazwisko)..... PESEL
Wyrażam zgodę na przeprowadzania badania lub udzielenia innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach
określonych w gabinecie w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw
Pacjenta.

.....
(data i podpis)