



ESTHETIC DENTAL CLINIC  
DR. PODLEWSKI

## DANE KONTAKTOWE PACJENTA

**Imię i nazwisko:** .....

**Adres zamieszkania:** .....

**Telefon kontaktowy:** .....

**Adres e-mail:** .....

**Pesel:** .....

## INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

Kiedy ostatnio był(a) Pan(i) w lekarza stomatologa?.....

Jaki jest powód dzisiejszej wizyty?.....

.....

Jakie ma Pan(i) oczekiwania związane z leczeniem stomatologicznym? .....

.....

Czy posiada Pan(i) zdjęcie panoramiczne/cefalometryczne/CBCT?.....

Skąd się Pan(i) dowiedział(a) o naszej klinice? Prosimy o wpisanie znaku „X” w odpowiedniej rubryce			
Znany Lekarz	<input type="checkbox"/>	Facebook/Instagram	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	Z polecenia znajomego	<input type="checkbox"/>
Inne.....	<input type="checkbox"/>		

Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić **wątpliwości z lekarzem prowadzącym**.

Oświadczam, że zdaję sobie sprawę z konsekwencji w przypadku podania nieprawdziwych danych odnośnie mojego stanu zdrowia. Zatajenie danych w zakresie stanu zdrowia i przyjmowanych leków może mieć niekorzystny wpływ na podjęte leczenie, jak również może mieć niekorzystny wpływ na stan zdrowia. Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską oraz służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz wybrania odpowiedniego znieczulenia. W tabelce właściwą odpowiedź zaznaczamy krzyżykiem „X”, a w informacjach dodatkowych wpisujemy np. nazwy leków, choroby itp.

L.p.	Pytanie	tak	nie	Dodatkowe informacje
1	Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)?			
2	Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu?			Proszę podać powód leczenia:
3	Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy?			Jeżeli zaznaczono TAK prosimy podać na co:
4	Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe, leki przeciwalergiczne)			Proszę podać jakie i w jakich dawkach:
5	Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)?			Jeżeli zaznaczona tak prosimy podać na co:
6	Czy występują u Pana(i): duszności			
7	Czy występują u Pana(i): obrzęki			
8	Czy występują u Pana(i): swędzenia			
9	Czy występują u Pana(i): pokrzywka			
10	Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?			Kiedy:
11	Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca lub zastawkę serca?			
12	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na <b>choroby serca</b> (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego)			Wskazać na co i kiedy:
13	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na <b>inne choroby układu krążenia</b> (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)			Wskazać na co i kiedy:
14	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na <b>choroby naczyń krwionośnych</b> (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu)			Wskazać na co i kiedy:

		tak	nie	
15	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na <b>choroby płuc</b> (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, sarkoidoza)			Wskazać na co i kiedy:
16	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) <b>choroby układu pokarmowego</b> (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit)			Wskazać na co i kiedy:
17	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na <b>osteoporozę</b>			
18	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) <b>choroby wątroby</b> (kamica, żółtaczka, marskość wątroby)			Wskazać na co i kiedy:
19	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) <b>choroby układu moczowego</b> (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu)			Wskazać na co i kiedy:
20	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) <b>zaburzenia przemiany materii</b> (cukrzyca, dna moczanowa)			Wskazać na co i kiedy:
21	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) <b>choroby tarczycy</b> (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne)			Wskazać na co i kiedy:
22	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) <b>choroby układu nerwowego</b> (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)			Wskazać na co i kiedy:
23	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) <b>choroby układu kostno-stawowego</b> (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach)			Wskazać na co i kiedy:
24	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) <b>choroby krwi i układu krzepnięcia</b> (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)			Wskazać na co i kiedy:
25	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) <b>choroby oczu</b> (jaskra)			Wskazać na co i kiedy:
26	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) <b>zmiany nastroju</b> (depresja, nerwica)			Wskazać na co i kiedy:
27	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) <b>choroby zakaźne</b> (żółtaczka zakaźna, AIDS, żółtaczka zakaźna typ B, gruźlica, żółtaczka zakaźna typ C, choroby weneryczne)			Proszę wpisać nazwę choroby:

		tak	nie	
28	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) <b>choroby onkologiczne</b>			Wskazać na co i kiedy:
29	Czy był(a) Pan(i) już kiedyś operowany(a)			Kiedy i z jakiego powodu:
30	Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie?			
31	Czy miał Pan(i) przetaczaną krew			Kiedy i dlaczego:
32	<b>inne dolegliwości</b> jakie?			
33	Czy pali Pan(i) tytoń?			Ile i od kiedy:
34	Czy pije Pan(i) alkohol?			W jakich ilościach i jak często:
35	Czy zażywa Pan(I) środki uspakajające, nasenne, narkotyki?			W jakich ilościach i jak często:
36	Kiedy ostatnio był(a) Pan (i) u kosmetyczki			Wpisać datę (rok i miesiąc):
37	Kiedy ostatnio był(a) Pan (i) u fryzjera			Wpisać datę (rok/miesiąc)
38	<b>Pytania dotyczące kobiet:</b> Czy jest Pani w ciąży?			Który tydzień:
39	Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne			

Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego: nasiękowego, przewodowego, śródwładłowe oraz wyrażam zgodę by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia podczas leczenia. Zostałam poinformowana/poinformowany o powikłaniach związanych z podanie znieczulenia, o ryzyku jak również o alternatywnych metodach.

Nie znam żadnych przeciwwskazań do wykonania znieczulenia TAK /NIE

Przeciwwskazania do wykonania znieczulenia:

.....

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie. Niniejsza informacja dot. stanu zdrowia pacjenta obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami poradni. O każdej zmianie stanu zdrowia lub przyjmowanych lekach pisemnie poinformuję lekarza.

.....  
Podpis i pieczętka lekarza dentysty

.....  
Czytelny podpis pacjenta / opiekuna  
prawnego / przedstawiciela ustawowego  
pacjenta ,data

.....  
czytelny podpis pacjenta , który ukończył 16 lat,data

**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU LUB BRAKU  
UPOWAŻNIENIA OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA  
DOKUMENTACJI**

Ja .....PESEL.....

Zamieszkały(a): .....oświadczam,  
że **upoważniam**\*) Pana/-ią.....,  
zamieszkałego(a) ...../**nie upoważniam  
nikogo innego**\*) do wglądu do mojej dokumentacji medycznej oraz uzyskiwania  
odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w  
**Esthetic Dental Clinic Sp.z o.o.**

.....

data, czytelny podpis pacjenta

**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU LUB BRAKU  
UPOWAŻNIENIA OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O JEGO  
STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH**

Ja.....PESEL.....

Zamieszkały(a).....oświadczam,  
że **upoważniam**\*) Pana/ ią .....  
zamieszkałego(a)..... /**nie upoważniam  
nikogo innego**\*) do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi  
świadzeniach zdrowotnych w **Esthetic Dental Clinic Sp. z o.o.**

.....

data, czytelny podpis pacjenta