

ANKIETA PACJENTA



Imię i Nazwisko:.....
Tel. kontaktowy.....
Zawód.....

PRZEBYTE CHOROBY:

Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Pani/Pana następujące choroby:

- | | | | |
|------------------------------|---------|----------------------|---------|
| - nadciśnienie tętnicze | TAK/NIE | -cukrzyca | TAK/NIE |
| - choroba nowotworowa | TAK/NIE | - udar | TAK/NIE |
| - choroby nerek | TAK/NIE | - zawał | TAK/NIE |
| - ch. kardiologiczne | TAK/NIE | - zakrzepica | TAK/NIE |
| - astma/POChP | TAK/NIE | - tętniak | TAK/NIE |
| - migreny | TAK/NIE | - WZW C/B | TAK/NIE |
| - ostre zapalenie
narządu | TAK/NIE | - dna moczanowa | TAK/NIE |
| - ch. tarczycy | TAK/NIE | - niedrożność tętnic | TAK/NIE |
| - depresja | TAK/NIE | - torbiele/mięśniaki | TAK/NIE |

PRZEBYTE ZABIEGI CHIRURGICZNE:

- | | | | |
|---------------------------------|---------|-------------------------------|---------|
| - usunięcie woreczka żółciowego | TAK/NIE | - usunięcie wyr. robaczkowego | TAK/NIE |
| - zabiegi ginekologiczne | TAK/NIE | - stenty/zastawka | TAK/NIE |
| - rozrusznik serca | TAK/NIE | - stomatologiczne | TAK/NIE |
| - endoskopie | TAK/NIE | - CC | TAK/NIE |
| - metalowe implanty | TAK/NIE | - jakie..... | |
| - inne..... | | | |

PRZYJMOWANE LEKI:

.....
.....
.....

PRZEBYTE URAZY:(złamania, skręcenia, stłuczenia, wypadki, zapalenia, itp.).....

.....
.....
.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zrozumiałam/zrozumiałem pytania zawarte w ankiecie, a udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Nie zostały zatajone informacje istotne dla przebiegu terapii. Zobowiązuję się bezwzględnie zgłosić każdą zmianę stanu zdrowia wynikłą w trakcie udzielania zabiegów.

Data, miejscowość.....

Czytelny podpis.....