

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

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

Nazwisko, imię pacjenta.....

PESEL

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) | | | 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 ma Pan(i) skłonność do krwawień? | | | |
| 11. | Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? | | | Kiedy : |
| 12. | Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? | | | |
| 13. | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa,wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego) | | | Wskazać na co i kiedy : |
| 14. | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) | | | Wskazać na co i kiedy : |
| 15. | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu) | | | Wskazać na co i kiedy : |

| | | | |
|-----|---|--|-----------------------------------|
| 16. | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) | | Wskazać na co i kiedy : |
| 17. | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) | | Wskazać na co i kiedy : |
| 18. | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na osteoporozę | | |
| 19. | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) choroby wątroby (kamica, żółtaczką, marskość wątroby) | | Wskazać na co i kiedy : |
| 20. | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) | | Wskazać na co i kiedy : |
| 21. | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa) | | Wskazać na co i kiedy : |
| 22. | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) | | Wskazać na co i kiedy : |
| 23. | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) choroby układu nerwowego (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) | | Wskazać na co i kiedy : |
| 24. | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) choroby układu kostno-stawowego (ból korzonkowy, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) | | Wskazać na co i kiedy : |
| 25. | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) | | Wskazać na co i kiedy : |
| 26. | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) choroby oczu (jaskra) | | Wskazać na co i kiedy : |
| 27. | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) zmiany nastroju (depresja, nerwica) | | Wskazać na co i kiedy : |
| 28. | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) choroby zakaźne ; żółtaczką zakaźną, AIDS, żółtaczką zakaźną B, gruźlica, żółtaczką zakaźną C, ch. Weneryczne, | | Proszę wpisać nazwę choroby : |
| 29. | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) choroba reumatyczna | | Wskazać na co i kiedy : |
| 30. | Czy był(a) Pan(i) już kiedyś operowany(a) | | Kiedy i z jakiego powodu : |
| 31. | Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? | | |
| 32. | Czy miał Pan(i) przetaczaną krew | | Kiedy i dlaczego : |
| 33. | inne dolegliwości jakie? | | |
| 34. | Czy pali Pan(i) tytoń? | | Ile i od kiedy: |
| 35. | Czy pije Pan(i) alkohol? | | W jakich ilościach i jak często : |
| 36. | Czy zażywa Pan(I) środki uspakajające, | | W jakich ilościach i jak często : |

| | | | | |
|-----|--|--|--|--------------------------------|
| | nasenne, narkotyki? | | | |
| 37. | Kiedy ostatnio był(a) Pan (i) u kosmetyczki | | | Wpisać datę (rok i miesiąc): |
| 38. | Kiedy ostatnio był(a) Pan (i) u fryzjera | | | Wpisać datę (rok/miesiąc) |
| 39. | Pytania dotyczące kobiet: Czy jest Pani w ciąży? | | | Który tydzień : |
| 40. | Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę? | | | Data miesiąc /rok |
| 41. | 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 pieczęć lekarza dentysty

.....

Czytelny podpis pacjenta / opiekuna

prawnego ,data