

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Zapewniamy bezpieczeństwo Twoim danym osobowym zgodnie z RODO z dnia 27.04.2016r. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić **wątpliwości z lekarzem/coachem/dietetykiem lub inną osobą prowadzącą.**

Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia.
Proszę podkreślić odpowiedzi szczegółowe.

.....
NAZWISKO, IMIĘ PACJENTA PESEL lub DATA URODZENIA grupa krwi..... zawód wykonywany.....

Telefon..... Adresmail

Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)?..... TAK NIE

Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu? TAK NIE

Jeśli tak to z jakiego powodu:

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy TAK NIE

Jeśli tak to na co:

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? TAK NIE

Jak tak to na co:

Czy występują u Pana(i):

duszność TAK NIE obrzęki TAK NIE pokrzywka TAK NIE swędzenie TAK NIE

Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień? TAK NIE

Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK NIE

Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? TAK NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?

Choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenie rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego) TAK NIE

inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) TAK NIE

choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu) TAK NIE

choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) TAK NIE

choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) TAK NIE

choroby wątroby (kamica, żółtaczka, marskość wątroby) TAK NIE

choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) TAK NIE
zaburzenia **przemiany materii** (cukrzyca, dna moczanowa) TAK NIE

choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) TAK NIE

choroby układu nerwowego (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK NIE

choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) TAK NIE

choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) TAK NIE

choroby oczu (jaskra) TAK NIE

zmiany nastroju (depresja, nerwica) TAK NIE

choroby zakaźne

żółtaczką zakaźną A TAK NIE AIDS TAK NIE żółtaczką zakaźną B TAK NIE
gruźlicę TAK NIE żółtaczką zakaźną C TAK NIE ch. weneryczne TAK NIE

choroba reumatyczna

TAK NIE

osteoporoza

TAK NIE

inne dolegliwości jakie?

Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi

Czy był(a) Pan(i) już kiedyś operowany(a) lub miał inny zabieg TAK NIE

Jeśli tak to z jakiego powodu:

Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? TAK NIE

Czy miał Pan(i) przetaczaną krew TAK NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny: Czy pali Pan(i) tytoń?

TAK NIE

Jeśli tak to ile i od kiedy:

Czy pije Pan(i) alkohol? TAK NIE

Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki? TAK NIE Jeśli tak to jakie:

.....

Czy zażywa Pan(i) leki, preparaty ziołowe, suplementy, witaminy? TAK NIE Jeśli tak to jakie:

.....

.....

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

Jeśli tak to w którym miesiącu:

Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?

Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? TAK NIE

.....

Data

podpis pacjenta (opiekuna prawnego*)

OŚWIADCZENIE PACJENTA (OPIEKUNA PRAWNEGO*)

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Ja,

NAZWISKO, IMIĘ PACJENTA

PESEL lub DATA URODZENIA

Zamieszkały/a:, oświadczam, że

Upoważniam*) Pana/-ią, legitymującego/-ą się dowodem osobistym nr/ **nie upoważniam nikogo***) do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia (podopiecznego*) oraz odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej przez lekarza/coacha/dietetyka lub inną osobą zwaną prowadzącego leczenie.

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na badanie/leczenie/zabieg. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z coachem prowadzącym.

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej przed, podczas i po wykonanym leczeniu w celu zapewnienia pełnej dokumentacji z przeprowadzonego leczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w zbieraniu dokumentacji medycznej podczas konsultacji i leczenia (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922) oraz RODO z dnia 27.04.2016r.

.....

.....

Data

podpis pacjenta (opiekuna prawnego*)

*niepotrzebne skreślić