

CZY KIEDYKOLWIEK WYSTĘPUJĄ LUB WYSTĘPOWAŁY U PANA/-I NASTĘPUJĄCE STANY: (poprawną odpowiedź zaznacz)

1) Hospitalizacja z powodu choroby lub urazu?

Jeśli tak, to kiedy?

2) Czy przyjmuje Pan/-i jakieś leki (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwie, leki przeciwzakrzepowe)

Jeśli tak, to jakie?

3) Czy jest Pan/-i na coś uczulony/-a?

Czy występują u Pana/-i duszność pokrzywka obrzęki swędzenie fluor metale lateks inne

4) Czy choruje Pan/-i na choroby zakaźne lub inne choroby/schorzenia?

Czy występują u Pana/-i żółtaczka zakaźna żółtaczka zakaźna B żółtaczka zakaźna C AIDS gruźlica opryszczka infekcje zapalne wsierdzia
 problemy z sercem lub stent w ostatnich 6mies wszczepienie rozrusznika lub defibrylatora wysokie lub niskie ciśnienie
 przyjmowanie leków przeciwzakrzepowych astma cukrzyca zaburzenia trawienia jaskra epilepsja lub drgawki
 infekcja wirusowa lub opryszczka nowotwór, radioterapia, chemioterapia aparat słuchowy lub implant ślimakowy choroby nerek
 hemofilia reumatoidalne zapalenie stawów
 inne:

5) Inne szczególne stany zdrowia bądź przyzwyczajenia, na które warto zwrócić uwagę

Czy występują u Pana/-i gorączka kaszel biegunka uczucie zmęczenia częste bóle głowy
w przeciągu ostatnich 24h palenie papierosów lub żucie tytoniu spożywanie alkoholu lub narkotyków
inne: ciąża

CZYTELNY PODPIS PACJENTKI/-A

.....
(imię i nazwisko), data

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na powyższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić wątpliwości z lekarzem prowadzącym. Powyższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego leczenia oraz wybrania odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem. Prosimy o informację w przyszłości o wszystkich zmianach w wywiadzie medycznym oraz przyjmowanych lekach.

CZYTELNY PODPIS LEKARZA

.....
(imię i nazwisko), data

ZGODA NA WYKORZYSTANIE ZDJĘĆ LUB INNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DO CELÓW PUBLIKACJI NAUKOWYCH

Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez firmę Uszyńscy Dental Clinic zdjęć medycznych, RTG, opisów mojego przypadku do prac naukowych i szkolenia, prezentacji wykładów, publikacji naukowych pod warunkiem, że zdjęcia i opisy uniemożliwiają identyfikację Pacjenta oraz zdjęć portretowych z uwzględnieniem zakrycia twarzy uniemożliwiają rozpoznanie.

.....
"Wyrażam zgodę" + data + czytelny podpis Pacjenta