

KONSULTACJA PRZED ZABIEGIEM

Pacjent:.....

Wiek:.....

Waga:.....

Wzrost:.....

1.Czy czuje się Pan/Pani zdrowy? Tak Nie

2.Operacje Tak Nie

.....

.....

.....

3.Choroby mięśni

Pacjent:..... Tak Nie

Krewni:..... Tak Nie

4.Dolegliwości i choroby serca Tak Nie

.....

.....

.....

5.Nadciśnienie tętnicze Tak Nie

RR.....

6.Choroby płuc i oskrzeli Tak Nie

.....

7.Choroby wątroby Tak Nie

.....

8.Choroby nerek Tak Nie

.....

9.Cukrzyca Tak Nie

10.Żyłaki kończyn dolnych Tak Nie

11.Choroby endokrynologiczne Tak Nie

Tarczycza.....

Przysadka Mózgowa.....

Trzustka.....

Inne.....

12.Choroby zakaźne

WZW – B (C) Tak Nie

HIV Tak Nie

Inne:.....

13.Choroby układu nerwowego Tak Nie

.....

14.Choroby psychiczne Tak Nie

.....

15.Uczulenia Tak Nie

Lidokaina, Marcaina, Ropivacaina, Penicylina, inne
antybiotyki, NLPZ

.....

.....

16.Inne choroby, urazy Tak Nie

.....

.....

.....

17.Leki przyjmowane stale

Acenokumarol, Sintrom, Aspiryna, Polopiryna,
Acard, Acesan, Ticlo, Piroxicam (Felden),Roaccutane

18.Leki przyjmowane w ostatnich 4 tyg. Nie

.....

.....

19. Choroby przebyte w ciągu ostatnich 4 tyg. Nie

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

20. Czy przyjmuje Pan/Pani substancje narkotyczne lub odurzające? Tak Nie

21. Czy pali Pan/Pani papierosy? Tak Nie

22. Uwagi

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

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w tej tabeli w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia leczenia (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych Dz. Ust. nr 133 poz. 833 z dn. 29.08.97). Tym samym poświadczam prawdziwość powyższych danych i że wypełniłem/*am (*niepotrzebne skreślić) tabelę według całej dostępnej mi wiedzy o własnym stanie zdrowia (mojego dziecka lub podopiecznego). Złożenie podpisu poniżej jest równoznaczne z akceptacją powyższych danych i informacji.*

data i czytelny podpis Pacjenta (lub opiekuna)

.....