

Data.....

KARTA PACJENTA

Nazwisko i imię

ul.

Kod Miejscowość..... Telefon

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

WYWIAD

Należy zaznaczyć właściwą odpowiedź:

Przebyte choroby:	tak	nie	Choroby współistniejące:	tak	nie
1. serca:			1. nowotwór /od kiedy?/		
- zawał /kiedy?/.....			2. padaczka		
- wszczepiony rozrusznik			3. astma		
- choroba wieńcowa			4. przewlekłe zapalenia oskrzeli		
- nadciśnienie			5. cukrzyca		
2. choroby naczyń:			6. choroby krwi :		
- żylaki			Jakie?.....		
- miażdżyca				
- zakrzepica żył głębokich			7. czy choruje Pan/-i na inne niewymienione		
3. choroby wątroby:			wyżej choroby? / wymieniń jakie /		
- stłuszczenie				
- marskość				
4. choroby tarczycy				
- nadczynność			Przyjmowane leki /wymieniń jakie/		
- niedoczynność				
5. niewydolność nerek				
6. choroby skóry /wymieniń jakie/			Nadwrażliwość na leki /wymieniń jakie/		
.....				
7. udar mózgu /kiedy?/		
8. choroby zakaźne:				
- gronkowiec			Czy pali Pan/-i papierosy? /ile?/.....szt.	tak	nie
- gruźlica			Inne nałogi /jakie?/.....		
- WZW			Czy jest Pani w ciąży?	tak	nie

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o:

1. rodzaju zalecanego leczenia i zalecanych zabiegów

2. przeciwwskazaniach dla tego rodzaju leczenia i zabiegów oraz o możliwości wystąpienia z tym związanych powikłań

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na zalecane leczenie i zabiegi.

Oświadczam, iż udzieliłem (-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego.

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)