

## ANKIETA STANU ZDROWIA PACJENTA

### Dane osobowe pacjenta

Imię i nazwisko: .....

Pesel: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: ..... e-mail: .....

Uprzejmie prosimy o udzielenie odpowiedzi na postawione poniżej pytania. Są one konieczne dla zebrania niezbędnych informacji o Pani/Pana stanie zdrowia i zaproponowania leczenia, które zapewni Pani/Panu maksymalny poziom bezpieczeństwa i umożliwi właściwą reakcję w przypadku wystąpienia nieoczekiwanych reakcji Pani/Pana organizmu.

Jeżeli którekolwiek z pytań sformułowane jest w taki sposób, że nie rozumie Pani/Pan jego treści, proszę o skonsultowanie tego z lekarzem. Prosimy również o konsultację z lekarzem, gdy nie ma Pani/Pan pewności, jakiej odpowiedzi udzielić na postawione pytanie.

Wszystkie przekazane przez Panią/Pana informacje objęte są tajemnicą lekarską.

### OGÓLNE INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA

1. Czy uważa się Pani/Pan za osobę ogólnie zdrową? ..... TAK NIE

2. Czy w ciągu ostatnich 5 lat przebywała/-ał Pani/Pan w szpitalu? ..... TAK NIE

Jeżeli tak, to z jakiego powodu? .....

3. Czy w ciągu ostatniego roku były u Pani/Pana wykonywane zabiegi, naruszające ciągłość tkanek? ..... TAK NIE

Zabiegi chirurgiczne .....

.....

Zabiegi diagnostyczne .....

.....

Leczenie inwazyjne (angioplastyka, stenty) .....

Tatuaż, zakładanie kolczyków, piercing .....

Leczenie stomatologiczne .....

Testy alergiczne .....

Transfuzja krwi .....

Kontrast dożylny .....

4. Czy aktualnie leczy się Pani/Pan na jakieś choroby? ..... TAK NIE

Jeżeli tak, to na co? .....

5. Czy przyjmuje Pani/Pan jakieś leki? ..... TAK NIE

Jeżeli tak, to jakie? .....

6. Czy kiedykolwiek była Pani/Pan operowana/y? ..... TAK NIE

Jeżeli tak, to jaka to była operacja? .....

.....

Gdzie i kiedy była wykonana? .....

.....

7. Czy w trakcie lub po operacji nastąpiły jakieś powikłania? ..... TAK NIE

Jeżeli tak, to jakiego typu? .....

.....

8. Czy według Pani/Pana najlepszej wiedzy jest Pani/Pan uczulona/y na jakiegokolwiek substancje? ..... TAK NIE

Leki .....

Pokarmy .....

Inne .....

9. Czy jest Pani/Pan obecnie odczulana/y? ..... TAK NIE

10. Czy z powodu uczulenia przyjmuje Pani/Pan jakieś leki? ..... TAK NIE

Jeżeli tak, to jakie? .....

11. Czy ma Pani/Pan problemy z krzepnięciem krwi? ..... TAK NIE

12. Czy występuje u Pani/Pana skłonność do siniaków? ..... TAK NIE



13. Czy ma Pani/Pan skłonność do krwawień? ..... TAK NIE
14. Czy występowały u Pani/Pana epizody utraty przytomności? ..... TAK NIE
15. Czy zdarzały się przypadki omdlenia w trakcie zabiegów medycznych (pobieranie krwi, iniekcje) ..... TAK NIE
16. Czy ma Pani wszczepiony rozrusznik serca? ..... TAK NIE
17. Czy choruje lub chorowała/ał Pani/Pan na którąś z następujących chorób? ..... TAK NIE
- choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie  
mięśnia sercowego) ..... TAK NIE
- inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, zbyt niskie ciśnienie) ..... TAK NIE
- choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, niedokrwienie kończyn dolnych, miażdżycy tętnic kończyn  
dolnych) ..... TAK NIE
- choroby płuc (zapalenie płuc, astma, gruźlica, przewlekła obturacyjna choroba płuc, 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, niedowłady, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) ..... TAK NIE
- choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, czerwienica, białaczka) ..... TAK NIE
- choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, stany po złamaniach, zmiany zwyrodnieniowe  
kręgosłupa) ..... TAK NIE
- choroby oczu ..... TAK NIE
- choroby skóry:
- egzemy ..... TAK NIE
- liszaje ..... TAK NIE
- atopowe zapalenie skóry ..... TAK NIE

rumień	-----	TAK	NIE
pokrzywka	-----	TAK	NIE
łuszczycyca	-----	TAK	NIE
grzybica	-----	TAK	NIE
trądzik	-----	TAK	NIE

**choroby zakaźne:**

żółtaczka zakaźna A	-----	TAK	NIE
żółtaczka zakaźna B	-----	TAK	NIE
żółtaczka zakaźna C	-----	TAK	NIE
AIDS (wirus HIV)	-----	TAK	NIE
gruźlica	-----	TAK	NIE
choroby weneryczne	-----	TAK	NIE

**choroby reumatyczne**

<b>osteoporoza</b>	-----	TAK	NIE
--------------------	-------	-----	-----

**18. Czy leczyła/ył się Pani/Pan z powodu czerniaka złośliwego?** ----- TAK NIE

**19. Czy w ciągu ostatnich 6 tygodni była Pani/Pan szczepiona/y?** ----- TAK NIE

**20. Czy przyjmuje Pani/Pan regularnie następujące preparaty:**

Leki odwadniające	-----	TAK	NIE
Leki uspokajające lub antydepresyjne	-----	TAK	NIE
Leki hormonalne	-----	TAK	NIE
Leki redukujące tłuszcz	-----	TAK	NIE
Leki przeciwbólowe	-----	TAK	NIE
Leki odchudzające	-----	TAK	NIE
Leki na nadciśnienie	-----	TAK	NIE
Suplementy diety	-----	TAK	NIE
Odżywki wysokobiałkowe	-----	TAK	NIE

21. Czy pali Pani/Pan papierosy? ..... TAK NIE

22. Czy ma Pani/Pan założony aparat ortodontyczny? ..... TAK NIE

23. Czy są inne kwestie, związane z Pani/Pana zdrowiem, które chciałaby/chciałby Pani/Pan podać  
w kwestionariuszu? ..... TAK NIE

Oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne z prawdą. Jeżeli jakiegokolwiek dane, związane z moim stanem zdrowia  
ulegną zmianie, zobowiązuję się do ich zgłoszenia przy następnej wizycie.

Jestem świadoma/y przysługujących mi praw, wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....

Miejscowość i data

.....

podpis



## ANKIETA MEDYCZNA UZUPEŁNIAJĄCA DLA KOBIET

- |   |         |
|---|---------|
| 1. Czy Pani rodziła? .....  | TAK NIE |
| 2. Czy miesiączkuje Pani regularnie? .....                        | TAK NIE |
| 3. Czy przyjmuje Pani leki hormonalne? .....                      | TAK NIE |
| 4. Czy jest Pani w ciąży? .....                                   | TAK NIE |
| 5. Czy karmi Pani piersią? .....                                  | TAK NIE |
| 6. Czy stara się Pani o dziecko? .....                            | TAK NIE |
| 7. Czy jest Pani w trakcie przygotowań do zabiegu in vitro? ..... | TAK NIE |

Oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne z prawdą. Jeżeli jakiegokolwiek dane, związane z moim stanem zdrowia ulegną zmianie, zobowiązuję się do ich zgłoszenia przy następnej wizycie.

.....

Miejscowość i data

.....

podpis

## ANKIETA STANU ZDROWIA PRZED WYKONANIEM ZABIEGU

### 1. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni:

- usuwała/ ał Pani/Pan zęby? ..... TAK NIE
- leczyła/ ył Pani/Pan kanałowo zęba? ..... TAK NIE
- wszczepiała/ał Pani/Pan implant zębowy? ..... TAK NIE

### 2. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodziła/ ił Pani/Pan gripę? ..... TAK NIE

### 3. Czy w ciągu ostatnich 14 dni była Pani /był Pan szczepiona/y? ..... TAK NIE

jeżeli tak, to przeciwko jakiej chorobie ? .....

.....

### 4. Czy w ciągu ostatnich 14 dni przyjmowała/ ał Pani/Pan antybiotyk? ..... TAK NIE

jeżeli tak, to jaki? .....

jak długo .....

w jakiej dawce .....

### 5. Czy stosuje Pani/Pan leki sterydowe? ..... TAK NIE

### 6. Jakie inne leki, suplementy, witaminy, preparaty ziołowe Pani/Pan obecnie przyjmuje

(z uwzględnieniem preparatów medycyny naturalnej i alternatywnej)? .....

.....

.....

### 7. Czy choruje Pani/Pan na opryszczkę? ..... TAK NIE

jeżeli tak, to jak często i jakie leki Pani/Pan stosuje?

.....

.....

### 8. Czy stosuje Pani/Pan określoną dietę? ..... TAK NIE

jeżeli tak, to jaką? .....

.....

9. Czy w ciągu ostatnich 6 tygodni przechodziła/ł Pani/Pan peeling skóry, dermabrazję, zabiegi laserowe, inne zabiegi kosmetyczne lub z zakresu medycyny estetycznej? ----- TAK NIE

Jeżeli tak, to jakie? .....

kto je wykonywał (kosmetyczka, kosmetolog, lekarz)? .....

10. Czy do tej pory były u Pani/Pana wykonywane zabiegi z wykorzystaniem takich implantów tkankowych (wypełniaczy), jak: kwas hialuronowy, kolagen, hydroksyapatyt wapnia, implanty trwałe (aquamid, artecot, dermalife) lub innych preparatów? ----- TAK NIE

Jeżeli tak, to proszę wskazać miejsce podania wypełniacza, daty zabiegu, lekarza wykonującego zabieg

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

11. Czy do tej pory były u Pani/Pana wykonywane zabiegi z użyciem toksyny botulinowej? ----- TAK NIE

Jeżeli tak, to proszę wskazać miejsca użycia, daty zabiegu, lekarza wykonującego zabieg

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

12. Czy do tej pory były wykonywane u Pani/Pana inne zabiegi w obrębie twarzy, szyi, dekoltu, ciała? ----- TAK NIE

Jeżeli tak, to proszę wskazać miejsca, daty zabiegu, lekarza wykonującego zabieg

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



13. Czy po zabiegach wystąpiły u Pani/Pana efekty uboczne lub reakcja alergiczna? ..... TAK NIE
14. Czy w ciągu ostatnich 7 dni korzystała/ał Pani/Pan z solarium? ..... TAK NIE
15. Czy w ciągu ostatnich 48 godzin spożywała/ał Pani/Pan alkohol lub środki odurzające? ..... TAK NIE

#### ANKIETA DODATKOWA DLA KOBIET

16. Czy jest Pani w trakcie miesiączki? ..... TAK NIE
17. Czy jest Pani w ciąży? ..... TAK NIE
18. Czy jest Pani w trakcie przygotowania do procedury in vitro? ..... TAK NIE
19. Czy karmi Pani piersią? ..... TAK NIE
20. Czy przyjmuje Pani leki hormonalne? ..... TAK NIE

Oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne z prawdą i moją najlepszą wiedzą.

Jestem świadoma/y przysługujących mi praw, wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....

Miejscowość i data

.....

podpis