

KARTA PACJENTA

Uprzejmie prosimy o dokładne wypełnienie karty pacjenta, dla zapewnienia Państwu prawidłowego procesu leczenia. Karta pacjenta jest częścią dokumentacji medycznej, która jest objęta tajemnicą lekarską

Dane osobowe

1. Imię.....
2. Nazwisko.....
3. Data i miejsce urodzenia.....
4. Pesel.....
5. Adres.....
6. Telefon.....
7. Mail.....

Wywiad chorobowy

1. Czy choruje lub chorował(-a) Pan(i) na niżej wymienione choroby:

• przebyty zawał serca	TAK	NIE
• choroba niedokrwienna	TAK	NIE
• nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE
• choroby naczyń np. miażdżycy, żylaki, zakrzepica	TAK	NIE
• cukrzyca	TAK	NIE
• gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli	TAK	NIE
• żołądka np. choroba wrzodowa, zapalenie	TAK	NIE
• wątroby np. żółtaczkę, stłuczenie, marskość	TAK	NIE
• zapalenie nerek, kamienica, trudności w oddawaniu moczu	TAK	NIE
• tarczycy np. wole obojętne, nadczynność, niedoczynność	TAK	NIE
• padaczka	TAK	NIE
• przebyty udar mózgu	TAK	NIE
• choroby krwi	TAK	NIE
(jakie).....		
• uczulenia	TAK	NIE
(jakie).....		
• choroby nowotworowe	TAK	NIE
(jakie, kiedy).....		
2. Czy obecnie przechodzi Pan(i) infekcję? (np. zapalenie gardła, katar) TAK NIE
3. Czy przechodził(-a) Pan(i) infekcję w ciągu ostatnich dwóch tygodni? TAK NIE
4. Czy choruje Pan(i) na choroby autoimmunologiczne? TAK NIE
(jakie).....

- | | | |
|---|-----|-----|
| 5. Czy choruje Pan(i) na choroby skórne lub ma świeże otarcia, rany?
(<i>jakie</i>)..... | TAK | NIE |
| 6. Czy cierpi Pan(i) na zwroty głowy lub/i zaburzenia równowagi? | TAK | NIE |
| 7. Czy był(-a) Pan(i) operowany(-a)?
(<i>rodzaj zabiegu, data</i>)..... | TAK | NIE |
| 8. Czy posiada Pan(i) endoprotezy, zespolenia metalowe, elektrostymulator, defibrylator? | TAK | NIE |
| 9. Czy wystąpiła u Pana(-i) w przeszłości reakcja anafilaktyczna/wstrząs? | TAK | NIE |
| 10. Czy jest Pani w ciąży? | TAK | NIE |
| 11. Czy Pan(i) pali? | TAK | NIE |
| 12. Czy cierpi Pan(i) na inne schorzenia niewymienione wyżej?
(<i>jakie</i>)..... | TAK | NIE |
| 13. Jakie leki Pan(i) przyjmuje obecnie? | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Zgody

Upoważniam
(*imię i nazwisko, pokrewieństwo*) do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

.....
(*podpis*)

Zgodnie z art. 23 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie w/w danych osobowych przez Klinikę OrthoCare z siedzibą w Radomiu przy ul. Focha 12/9 w celu komunikacji z osobami korzystającymi z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt.

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art. 24 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, ze zm.) zostałem poinformowany/a o tym, że dane zbierane są przez Klinikę OrthoCare z siedzibą w Radomiu przy ul. Focha 12/9, o celu zbierania danych, dobrowolności ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
(*podpis*)