

**ZGODA NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE W SIKORA CLINIC**

.....PESEL 

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

  
 Nazwisko, imię pacjenta

Telefon ..... Adres.....

Zgodnie z art. 15 i następną ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 nr 52 poz. 417 z póź. zm) oraz art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U.z 2005 nr 226 poz. 1943 z późniejszymi zmianami), wyrażam zgodę na leczenie stomatologiczne w podmiocie leczniczym Sikora Clinic. Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z poniższą ankietą o stanie zdrowia pacjenta. Wyrażam zgodę na wykonanie niezbędnych przed zabiegiem badań. Oświadczam, że zapoznałem (-am) się z regulaminem udzielania świadczeń stomatologicznych w podmiocie leczniczym Sikora Clinic.

.....  
 czytelny podpis Pacjenta (opiekuna prawnego)

**INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA**

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić **wątpliwości z lekarzem prowadzącym**. Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)? TAK  NIE

Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu? TAK  NIE

Jeśli tak to z jakiego powodu: .....

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy TAK  NIE

Jeśli tak to na co: .....

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwne) TAK  NIE

Jeśli tak to jakie: .....

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? TAK  NIE

Jeśli tak to na co: .....

Czy występują u Pana(i):

duszność TAK  NIE  obrzęki TAK  NIE

pokrzywka TAK  NIE  swędzenie TAK  NIE

Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień? TAK  NIE

Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK  NIE

Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? TAK  NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób:

**choroby serca** (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego) TAK  NIE

**inne choroby układu krążenia** (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) TAK  NIE

**choroby naczyń krwionośnych** (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu) TAK  NIE

**choroby płuc** (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, 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, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK  NIE

**choroby układu kostno-stawowego** (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) TAK  NIE

**choroby krwi i układu krzepnięcia** (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) TAK  NIE

**choroby oczu** (jaskra) TAK  NIE

**zmiany nastroju** (depresja, nerwica) TAK  NIE

**choroby zakaźne** TAK  NIE

    żółtaczka zakaźna A   TAK  NIE                     AIDS            TAK  NIE

    żółtaczka zakaźna B   TAK  NIE                     gruźlica        TAK  NIE

    żółtaczka zakaźna C   TAK  NIE                     ch. weneryczne TAK  NIE

**choroba reumatyczna** TAK  NIE

**osteoporoza** TAK  NIE

**inne dolegliwości, jakie?** .....

Jakie ma Pan(i) najczęściej ciśnienie krwi .....

Czy był(a) Pan(i) już kiedyś operowany(a) TAK  NIE

    Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu: .....

Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? TAK  NIE

Czy miał Pan(i) przetaczaną krew TAK  NIE

    Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny: .....

Czy pali Pan(i) tytoń? TAK  NIE

Czy zażywa Pan(i) środki uspakajające, nasenne, narkotyki? TAK  NIE

    Jeśli tak to jakie: .....

**Pytanie dotyczące kobiet:**

Czy jest Pani w ciąży? TAK  NIE

    Jeśli tak, to w którym miesiącu: .....

.....  
czytelny podpis Pacjenta (opiekuna prawnego)