

Informacje o ogólnym stanie zdrowia

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dzień		miesiąc		rok			

PESEL

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

Płeć K M

Adres

Wywiad zdrowotny

1) Choroby przebyte

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

2) Ciąża Karmienie piersią

3) Choroby krwi (skazy krwotoczne) Nie Tak (jakie?)

4) Inne choroby przewlekłe

Układ krążenia

• Choroby serca Nie Tak (jakie?)

• Nadciśnienie tętnicze Nie Tak

• Inne

• Układ oddechowy Nie Tak (jakie?)

• Układ wydzielniczy

❖ Cukrzyca Nie Tak (jakie?)

❖ Chor. tarczycy Nie Tak (jakie?)

❖ Inne Nie Tak (jakie?)

• Układ nerwowy (np. padaczka) Nie Tak (jakie?)

• Zaburzenia psychiczne Nie Tak (jakie?)

• Chor. Zakaźne (np. WZW, HIV) Nie Tak (jakie?)

• inne Nie Tak (jakie?)

5) Przyjmowane leki
.....

6) Zabiegi, operacje w ciągu ostatnich 2 lat (data, rodzaj zabiegu)
.....

7) Uczulenia, nietolerancje Nie Tak
..... reakcja
..... reakcja

8) Czynniki ryzyka
Papierosy Nie Tak Alkohol Nie Tak Narkotyki Nie Tak

Oświadczam, że :

Upoważniam
Imię i Nazwisko , PESEL

do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, oraz do uzyskania dokumentacji.

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, oraz do uzyskania dokumentacji.

.....
Pacjent Pani/Pan data (podpis)

*Lekarz Dentysta
Beata Sieczkowska*