

## ANKIETA OSOBOWA PACJENTA

*Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższej ankiety. Wszelkie podane przez Państwa informacje są objęte tajemnicą lekarską i stanowią integralną część karty pacjenta.*

### Dane osobowe:

Imię i nazwisko:.....

Pesel:..... Data urodzenia:.....

Adres zamieszkania:.....

Tel. kontaktowy:.....

E-mail:.....

### Oświadczenie (zaznaczyć odpowiednio a lub b)

Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r. (dz. u. z 2009 r., nr 52, poz. 417 ze zm.)

**a) nie upoważniam nikogo**

**b) upoważniam** (imię i nazwisko) .....

**Stopień pokrewieństwa**..... **Tel.**.....

do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych, udostępnienia całej dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby (kserokopii) oraz udostępnienia całej dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.

*Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.*

.....

.....

*miejsowość, data*

*podpis pacjenta lub opiekuna*

Wyrażam zgodę na powiadamianie mnie sms-owo, telefonicznie lub mailowo o kolejnych terminach wizyt oraz na otrzymywanie w/w sposobami informacji o akcjach marketingowych Centrum Medycznego Jurajska  
Wyrażam zgodę na przetwarzanie(korzystanie, przechowywanie)moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dn.29-08-1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.nr133 pozycja 883) w Centrum Medycznym Jurajska.

|     |                          |
|-----|--------------------------|
| TAK | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|

|     |                          |
|-----|--------------------------|
| NIE | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|

Gdzie lub od kogo dowiedział/-a się Pan/Pani o Centrum Medycznym Jurajska?

1. Polecił mi ktoś znajomy lub ktoś z rodziny
2. Informacje w internecie
3. Inne .....

### Ankieta anestezyjologiczna

Lekarz anestezjolog usypia i znieczula pacjenta na czas operacji. Stosując odpowiednie leki uzyskuje okresowe ograniczenie czynności ośrodkowego układu nerwowego. Podczas trwania operacji kontroluje ważne funkcje życiowe: oddychanie, krążenie krwi, a po jej zakończeniu wybudza pacjenta.

W celu uzyskania ważnych informacji o Pana/i stanie zdrowia konieczne jest staranne wypełnienie ankiety.

**Prosimy wnikliwie odpowiedzieć na poniższe pytania. Ankieta będzie pomocna w wyborze optymalnego sposobu znieczulenia. Ponadto podczas rozmowy z anestezjologiem prosimy o stawianie dalszych pytań i podpisanie zgody na znieczulenie dopiero po rozwianiu wszelkich wątpliwości i w jego obecności.**

### WYWIAD LEKARSKI

Prosimy o wpisanie znaku „X” w odpowiedniej rubryce.  
Przy odpowiedzi „TAK” prosimy wpisać jakie schorzenia.

*Podane przez Państwa informacje są objęte tajemnicą lekarską.*

| <i>Pytania dotyczące dzieci i dorosłych</i>   |            |            |               |
|---|------------|------------|---------------|
| <b>Czy stwierdzono u Pani/Pana następujące schorzenia?</b>  | <b>NIE</b> | <b>TAK</b> | <b>JAKIE?</b> |
| Czy był Pan/Pani leczona ostatnio?  |            |            |               |
| Choroby serca ( Zawał, choroba wieńcowa, wada serca itp.)   |            |            |               |
| Choroby układu krążenia (ciśnienie, omdlenia, duszności)  |            |            |               |
| Choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenia żył, złe ukrwienie, bóle łydek przy chodzeniu)                                 |            |            |               |
| Choroby układu krzepnięcia (anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) |            |            |               |
| Choroby płuc (gruźlica, pylica, rozedma, zapalenie płuc)  |            |            |               |
| Choroby dróg oddechowych (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)   |            |            |               |
| Choroby okulistyczne (zaćma, jaskra)  |            |            |               |
| Choroby nowotworowe   |            |            |               |
| Choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka/dwunastnicy)   |            |            |               |
| Choroby wątroby (żółtaczka, marskość wątroby)   |            |            |               |
| Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamienica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu)                                    |            |            |               |
| Choroby neurologiczne (padaczka, porażenia, niedowłady, utraty przytomności)  |            |            |               |
| Choroby układu kostno-stawowego (ból korzonkowy, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów)                                    |            |            |               |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Choroby tarczycy (wole obojętne, nadczynność, niedoczynność)          |  |  |  |
| Zmiany nastroju (depresja, nerwica)                                   |  |  |  |
| Żółtaczka   |  |  |  |
| AIDS  |  |  |  |
| Cukrzyca  |  |  |  |
| Alergia na środki znieczulające                                       |  |  |  |
| Alergia na leki   |  |  |  |
| Alergia pokarmowa lub inna  |  |  |  |
| Inne nie wymienione dotąd schorzenia                                  |  |  |  |
| Czy przyjmuje Pani/Pan obecnie jakieś leki?                           |  |  |  |
| Czy były wykonywane zabiegi operacyjne? Z jakiego powodu? Kiedy?      |  |  |  |
| Czy dobrze zniósł Pan/Pani znieczulenie?                              |  |  |  |
| Czy u krewnych wystąpiły kiedyś powikłania związane ze znieczuleniem? |  |  |  |
| Czy miał Pan/Pani transfuzję krwi? Kiedy?                             |  |  |  |
| Czy dobrze Pan/Pani zniósł/a transfuzję krwi?                         |  |  |  |
| Czy były wykonywane zabiegi kosmetyczne ,fryzjerskie lub tatuaże?     |  |  |  |
| Czy pali Pan/Pani tytoń? Ile w ciągu dnia? Od kiedy?                  |  |  |  |
| Czy pije Pan/Pani alkohol?  |  |  |  |
| Czy zażywa Pan/Pani środki uspokajające, nasenne, narkotyki?          |  |  |  |
| Kiedy Pani miała ostatnią miesiączkę?                                 |  |  |  |
| Czy jest Pani w ciąży?  |  |  |  |
| Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne?                      |  |  |  |
|   |  |  |  |
|   |  |  |  |

Oświadczam, że informacje podane powyżej są zgodne ze stanem faktycznym. Wszelkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej, szczególnie mogące mieć wpływ na przebieg leczenia zobowiązuję się zgłaszać niezwłocznie lekarzowi prowadzącemu.

Częstochowa, dnia .....

.....  
(podpis pacjenta lub prawnego opiekuna)

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety!**

**Zgoda na znieczulenie**

**Po rozmowie z anestezyjologiem i zapoznaniu się z ankietą wyrażam zgodę na proponowane znieczulenie**

**Data i podpis lekarza**

**Data i podpis pacjenta**