

Ankieta stanu zdrowia

Imię i nazwisko pacjenta:
Data urodzenia:PESEL.....
Telefon: Adres e-mail:

Planowany zabieg:
Data zabiegu:

W celu prawidłowej i bezpiecznej kwalifikacji do zabiegu ważne jest, aby informacje podane w ankiecie były zgodne z prawdą. Informacje te objęte są tajemnicą lekarską. Zatajenie informacji może skutkować wystąpieniem powikłań, za które lekarz nie ponosi odpowiedzialności.

Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)?	TAK	NIE
Czy choruje Pan(i) na coś przewlekłe?	TAK	NIE
Czy przyjmuje Pan(i) leki na stałe? Jakie?.....	TAK	NIE
Czy przyjmuje Pan(i) suplementy, zioła? Jakie?.....	TAK	NIE
Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? (leki, antybiotyki, środki miejscowo znieczulające, kosmetyki, jad pszczeł, pyłki, lateks, pokarmy, inne...)	TAK	NIE
Czy miewa Pan(i) opryszczkę?	TAK	NIE
Czy używał Pan(i) w ciągu ostatnich 4 tygodni kremów z retinolem lub doustnych retinoidów w ciągu ostatnich 6 miesięcy?	TAK	NIE
Czy ma Pan(i) skłonność do nieprawidłowego gojenia ran i tworzenia blizn?	TAK	NIE
Czy choruje Pan(i) na choroby autoimmunologiczne (Hashimoto, choroba Gravesa-Basedowa, RZS, cukrzyca typu 1, łuszczyca, celiakia, choroba Leśniowskiego-Crohna, toczeń rumieniowaty, stwardnienie rozsiane, inne....)	TAK	NIE
Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na choroby zakaźne (HIV, WZW A/B/C, gruźlica, inne...)	TAK	NIE
Czy leczy się Pan(i) lub leczył(a) onkologicznie?	TAK	NIE
Czy choruje Pan(i) na padaczkę, depresję, schizofrenię, napady paniki?	TAK	NIE
Czy pali Pan(i) papierosy?	TAK	NIE
Czy był(a) Pan(i) przeziębiona w ciągu ostatnich 4 tygodni?	TAK	NIE
Czy jest Pan(i) w trakcie lub przed planowanym leczeniem stomatologicznym?	TAK	NIE
Czy choruje Pan(i) na choroby nerwowo-mięśniowe (miastenia, zespół Lamberta-Eatona, ALS, miopatie, inne...)	TAK	NIE
Czy cierpi Pan(i) na zespół suchego oka?	TAK	NIE

Czy jest Pani w ciąży? Data ostatniej miesiączki:	TAK	NIE
Czy karmi Pani piersią?	TAK	NIE
Czy miał(a) Pan(i) w przeszłości wykonywane zabiegi z zakresu medycyny lub chirurgii estetycznej? Jakie i kiedy?	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana/Pani powikłania/działania niepożądane po wykonywanych zabiegach (np. grudki, ziarniniaki, infekcja)? Jeżeli tak to jakie? Po jakim zabiegu?	TAK	NIE
Czy jest coś jeszcze, co Pana(i) zdaniem jest istotne, a nie zostało poruszone w ankiecie?	TAK	NIE

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i całej procedury nie zataiłam/em istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób. Ponadto oświadczam, iż w przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych danych dotyczących aktualnego stanu zdrowia i przebytych chorób lekarz wykonujący zabieg nie ponoszą odpowiedzialności (karnej ani cywilnej) za negatywne skutki zabiegu jak - efekty uboczne, działania niepożądane, powikłania będące następstwem utajnienia lub podania nieprawdziwych bądź niepełnych danych i nie będę wnosić żadnych roszczeń odszkodowawczych.

Data i czytelny podpis pacjenta(-tki):