

## INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO

Załącznik nr 3

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 wybrania odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

PESEL 

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

\_\_\_\_\_  
Nazwisko, imię pacjenta

Telefon \_\_\_\_\_ Adres \_\_\_\_\_

- Czy dziecko czuje się ogólnie zdrowo? TAK  NIE
- Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczyło się? TAK  NIE   
Jeśli tak to z jakiego powodu: \_\_\_\_\_
- Czy aktualnie się na coś leczy? TAK  NIE   
Jeśli tak to na co: \_\_\_\_\_
- Czy przyjmuje jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) TAK  NIE   
Jeśli tak to jakie: \_\_\_\_\_
- Czy jest na coś uczulone? TAK  NIE   
Jeśli tak to na co: \_\_\_\_\_
- Czy występują u dziecka:
- |           |   |           |   |
|-----------|---|-----------|---|
| duszność  | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | obrzęki   | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |
| pokrzywka | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | swędzenie | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |
- Czy ma skłonność do krwawień? TAK  NIE
- Czy miał epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK  NIE
- Czy choruje lub chorowało na którąś z następujących chorób?**
- choroby serca** (wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego, inne) TAK  NIE
- inne choroby układu krążenia** (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) TAK  NIE
- choroby naczyń krwionośnych** (naczyniaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, inne) 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** (żółtaczką, inne) 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** (ból korzonkowy, 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

żółtaczką zakaźną A TAK  NIE

żółtaczką zakaźną C TAK  NIE

żółtaczką zakaźną B TAK  NIE

gruźlica TAK  NIE

choroba reumatyczna

TAK  NIE

inne dolegliwości jakie?

---

---

---

Czy było już kiedyś operowane?

TAK  NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu: \_\_\_\_\_

Czy dobrze zniosło znieczulenie?

TAK  NIE

Czy miało przetaczaną krew

TAK  NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny: \_\_\_\_\_

Czy zażywa środki uspokajające, nasenne?

TAK  NIE

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić pisemnie w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

### OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO

Ja, \_\_\_\_\_ PESEL

Imię, nazwisko

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

zamieszkały/a: \_\_\_\_\_, będąc przedstawicielem ustawowym

pacjenta: \_\_\_\_\_ posiadającego PESEL

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

oświadczam, że\*:

**upoważniam** Pana/-ią \_\_\_\_\_, zamieszkałego/a

**nie upoważniam nikogo**

do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta, do wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz uzyskiwania odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w Ma-dent Stomatologia.

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w tutejszej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami poradni. Gabinet Ma-dent nie ponosi odpowiedzialności za dotarcie dzieci ze szkoły i z powrotem. Kwestia drogi do gabinetu po stronie szkoły.

\_\_\_\_\_ miejscowość, data

\_\_\_\_\_ podpis opiekuna prawnego

\* właściwie zaznaczyć

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie.