



choroby oczu (jaskra) TAK  NIE   
zmiany nastroju (depresja, nerwica) TAK  NIE   
choroby zakaźne TAK  NIE   
    żółtaczką zakaźną A TAK  NIE  AIDS TAK  NIE   
    żółtaczką zakaźną B TAK  NIE  gruźlica TAK  NIE   
    żółtaczką zakaźną C TAK  NIE  ch. weneryczne TAK  NIE

choroba reumatyczna TAK  NIE   
osteoporoza TAK  NIE

inne dolegliwości jakie? .....

Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi .....

Czy był(a) Pan(ani) 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

    Jeśli tak, to ile i od kiedy: .....

Czy pije Pan(i) alkohol? TAK  NIE

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

    Jeśli tak to jakie: .....

#### Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? TAK  NIE

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

Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę? .....

Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? TAK  NIE

#### OŚWIADCZENIE PACJENTA (OPIEKUNA PRAWNEGO\*)

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

Ja, .....  
PESEL:

Nr

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

Imię, nazwisko

zamieszkały/a: ....., oświadczam, że **upoważniam\*** Pana/-ią ....., legitymującego/-ą się dowodem osobistym nr ....., / **nie upoważniam nikogo\*** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia (podopiecznego\*) oraz – w przypadku śmierci – do uzyskiwania wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby (podopiecznego\*) oraz odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w .....

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.

.....  
data

.....  
podpis pacjenta (opiekuna prawnego\*)

\* niepotrzebne skreślić

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie.