

Kwestionariusz dla pacjenta

Nazwisko: _____ Imię: _____
 Data urodzenia: _____ Obywatelstwo: _____
 Kraj/Miasto pochodzenia: _____
 Znajomość języków: _____

Tylko dla nieletnich

Opiekun prawny

Nazwisko: _____ Imię: _____
 Data urodzenia: _____ Obywatelstwo: _____

Dane kontaktowe

Numer telefonu / komórki: _____
 E-Mail: _____
 Aktualny adres (ul./nr/miejscowość): _____
 Nr tel. tłumacza / interpretatora _____

Prosimy o jak najdokładniejsze odpowiedzi na poniższe pytania dotyczące stanu zdrowia!

Podane informacje podlegają tajemnicy lekarskiej i przepisom o ochronie danych i będą traktowane z zachowaniem ścisłej poufności.

Choroby serca / układu krążenia	☐ tak	☐ nie
Zaburzenia krzepnięcia krwi	☐ tak	☐ nie
Epilepsja (napady drgawkowe)	☐ tak	☐ nie
Astma / choroby płuc	☐ tak	☐ nie
Omdlenia	☐ tak	☐ nie
Cukrzyca	☐ tak	☐ nie
Choroba wątroby / Hepatitis	☐ tak	☐ nie
Choroby nerek	☐ tak	☐ nie
Reumatyzm / Artretyzm	☐ tak	☐ nie
Choroby tarczycy	☐ tak	☐ nie
Gruźlica	☐ tak	☐ nie
Zakażenie HIV / AIDS	☐ tak	☐ nie
Choroby zakaźne (np. MRSA)	☐ tak	☐ nie
Uzależnienie od narkotyków	☐ tak	☐ nie
Palacz/ka	☐ tak	☐ nie

Czy jest Pani w ciąży?

Jeśli tak, który miesiąc? Miesiąc ☐ tak ☐ nie

Inne choroby:

☐ tak ☐ nie

Alergie i nietolerancje:

Środki znieczulające / zastrzyki ☐ tak ☐ nie

Antybiotyki ☐ tak ☐ nie

Środki przeciwbólowe ☐ tak ☐ nie

Inne: _____

Czy wykonano u Pana/Pani zdjęcia rentgenowskie zębów?

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak, kiedy? _____

Czy brakujące zęby sprawiają trudności podczas żucia?

☐ tak ☐ nie

Czy był/a Pan/Pani u lekarza pierwszego kontaktu?

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak, u jakiego lekarza? _____

Jakie leki przyjmuje Pan/Pani regularnie lub aktualnie? _____ od _____

_____ od _____

_____ od _____

_____, data _____ Podpis: _____