

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTA PRZED ZABIEGIEM W QLINIQUE MEDYCYNĄ ESTETYCZNĄ

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. Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia.

..... Imię i nazwisko pacjenta	PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> </tr> </table>																																							
Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu? TAK ☐ NIE ☐ Jeśli tak to z jakiego powodu:																																									
Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy? TAK ☐ NIE ☐ Jeśli tak to na co:																																									
Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) TAK ☐ NIE ☐ Jeśli tak to jakie:																																									
Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a), np.: na substancje zawierające kolagen, lidokainę, lateks, materiały opatrunkowe, leki przeciwbólowe, anestetyki, inne leki lub inne składniki pokarmowe? TAK ☐ NIE ☐ Jeśli tak to na co:																																									
Czy występują u Pana(i): <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 33%;">duszność</td> <td style="width: 10%;">TAK ☐</td> <td style="width: 10%;">NIE ☐</td> <td style="width: 33%;">obrzęki</td> <td style="width: 10%;">TAK ☐</td> <td style="width: 10%;">NIE ☐</td> </tr> <tr> <td>pokrzywka</td> <td>TAK ☐</td> <td>NIE ☐</td> <td>swędzenie</td> <td>TAK ☐</td> <td>NIE ☐</td> </tr> </table>			duszność	TAK ☐	NIE ☐	obrzęki	TAK ☐	NIE ☐	pokrzywka	TAK ☐	NIE ☐	swędzenie	TAK ☐	NIE ☐																											
duszność	TAK ☐	NIE ☐	obrzęki	TAK ☐	NIE ☐																																				
pokrzywka	TAK ☐	NIE ☐	swędzenie	TAK ☐	NIE ☐																																				
Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień? TAK ☐ NIE ☐																																									
Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK ☐ NIE ☐																																									
Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? TAK ☐ NIE ☐																																									
Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób: <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 70%;">choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego)</td> <td style="width: 10%;">TAK ☐</td> <td style="width: 10%;">NIE ☐</td> </tr> <tr> <td>inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)</td> <td>TAK ☐</td> <td>NIE ☐</td> </tr> <tr> <td>choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi)</td> <td>TAK ☐</td> <td>NIE ☐</td> </tr> <tr> <td>choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)</td> <td>TAK ☐</td> <td>NIE ☐</td> </tr> <tr> <td>choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit)</td> <td>TAK ☐</td> <td>NIE ☐</td> </tr> <tr> <td>choroby wątroby (kamica, żółtaczka, marskość wątroby)</td> <td>TAK ☐</td> <td>NIE ☐</td> </tr> <tr> <td>choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica, trudności w oddawaniu moczu)</td> <td>TAK ☐</td> <td>NIE ☐</td> </tr> <tr> <td>zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa)</td> <td>TAK ☐</td> <td>NIE ☐</td> </tr> <tr> <td>choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne)</td> <td>TAK ☐</td> <td>NIE ☐</td> </tr> <tr> <td>choroby układu nerwowego (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)</td> <td>TAK ☐</td> <td>NIE ☐</td> </tr> <tr> <td>choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach)</td> <td>TAK ☐</td> <td>NIE ☐</td> </tr> <tr> <td>choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, siniaków, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)</td> <td>TAK ☐</td> <td>NIE ☐</td> </tr> <tr> <td>choroby oczu (jaskra)</td> <td>TAK ☐</td> <td>NIE ☐</td> </tr> </table>			choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego)	TAK ☐	NIE ☐	inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)	TAK ☐	NIE ☐	choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi)	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 (kamica, żółtaczka, marskość wątroby)	TAK ☐	NIE ☐	choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica, 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, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)	TAK ☐	NIE ☐	choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach)	TAK ☐	NIE ☐	choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, siniaków, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)	TAK ☐	NIE ☐	choroby oczu (jaskra)	TAK ☐	NIE ☐
choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego)	TAK ☐	NIE ☐																																							
inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)	TAK ☐	NIE ☐																																							
choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi)	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 (kamica, żółtaczka, marskość wątroby)	TAK ☐	NIE ☐																																							
choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica, 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, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)	TAK ☐	NIE ☐																																							
choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach)	TAK ☐	NIE ☐																																							
choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, siniaków, 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 ☐

 żółtaczkę zakaźną A TAK ☐ NIE ☐ AIDS TAK ☐ NIE ☐

 żółtaczkę zakaźną B TAK ☐ NIE ☐ gruźlica TAK ☐ NIE ☐

 żółtaczkę zakaźną C TAK ☐ NIE ☐ ch. weneryczne TAK ☐ NIE ☐

choroba reumatyczna TAK ☐ NIE ☐ osteoporoza TAK ☐ NIE ☐

opryszczka TAK ☐ NIE ☐

choroby skóry (łuszczyca, bielactwo, AZS, fotodermatozy) TAK ☐ NIE ☐

Inne dolegliwości, jeśli tak to jakie?

Czy Pan(i) źle słyszy? TAK ☐ NIE ☐

Czy był(a) Pan(i) szczepiony (a) przeciw WZW (wirusowemu zapaleniu wątroby) B? TAK ☐ NIE ☐

Czy korzystał(a) Pan(i) w ostatnim m-cu z usług gabinetu stomatologicznego? TAK ☐ NIE ☐

 Jeśli tak to gdzie i kiedy:

Czy miał / miała Pan(i) w przeszłości wykonywane zabiegi z użyciem toksyny botulinowej? TAK ☐ NIE ☐

 Jeśli tak, to czy w trakcie podania wystąpiły jakiegokolwiek powikłania? TAK ☐ NIE ☐

 Jeśli tak, to jakie?

Czy korzystał(a) Pan(i) w ostatnich 3 m-cach z zabiegów medycyny estetycznej? TAK ☐ NIE ☐

 zabieg wykonany przez kosmetologa ☐ zabieg wykonany przez lekarza medycyny estetycznej ☐

 Kiedy, jaki zabieg:

Czy korzystał(a) Pan(i) w ostatnim m-cu z usług gabinetu okulistycznego? TAK ☐ NIE ☐

 Jeśli tak to gdzie i kiedy:

Czy korzystał(a) Pan(i) w ostatnim m-cu z usług fryzjera/kosmetyczki/salonu tatuażu? TAK ☐ NIE ☐

 Jeśli tak to gdzie i kiedy:

Czy był(a) Pan(i) kiedyś operowany(a) TAK ☐ NIE ☐

 Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu:

Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? TAK ☐ NIE ☐

Czy kiedykolwiek był/była Pan(i) poddawany/na zabiegom chirurgicznym w okolicy twarzy? TAK ☐ NIE ☐

 Jeśli tak, to czy wystąpiły jakieś powikłania? TAK ☐ NIE ☐

Czy kiedykolwiek był/była Pan(i) poddawany/na zabiegom dermabrazji, terapii światłem albo terapii przy użyciu chemicznych peelingów? TAK ☐ NIE ☐

 Jeśli tak to jakim?

Czy miał Pan(i) przetaczaną krew TAK ☐ NIE ☐

 Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny:

Czy pali Pan(i) tytoń?	TAK ☐ NIE ☐ Okazjonalnie ☐
Jeśli tak, to ile i od kiedy:	
Czy pije Pan(i) alkohol?	TAK ☐ NIE ☐ Okazjonalnie ☐
Czy pił(a) Pan(i) alkohol w ciągu ostatnich 24 h?	TAK ☐ NIE ☐
Czy zażywa Pan(i) środki uspakajające, nasenne, narkotyki?	TAK ☐ NIE ☐ Okazjonalnie ☐
Jeśli tak to jakie:	
Czy przyjmował(a) Pan(i) tetracykliny, izotretynoinę (Accutane, Izotek)	TAK ☐ NIE ☐
Jeśli tak, to proszę podać datę ostatniego przyjęcia leku	
Czy w ostatnim czasie (6 mcy) nastąpił u Pana(i) znaczny wzrost/spadek wagi?	TAK ☐ NIE ☐
Jeśli tak, to jaki:.....	
Czy przyjmuje Pan(i) jakieś witaminy, zioła, suplementy diety?	TAK ☐ NIE ☐
Jeśli tak, to jakie:.....	
Czy w obrębie skóry przeznaczonej do zabiegu pojawił się kiedykolwiek stan zapalny, infekcja?	TAK ☐ NIE ☐
Czy ma Pan(i) skłonność do nieprawidłowego gojenia i tworzenia się blizn?	TAK ☐ NIE ☐
Czy często się Pan(i) opala?	TAK ☐ NIE ☐

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży?	TAK ☐ NIE ☐
Jeśli tak to w którym miesiącu:	
Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?	
Czy stara się Pani o dziecko lub jest przygotowywana do zabiegu in vitro?	TAK ☐ NIE ☐
Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne?	TAK ☐ NIE ☐
Czy karmi Pani piersią?	TAK ☐ NIE ☐
Czy występowały u Pani zaburzenia hormonalne, np. zespół policystycznych jajników?	TAK ☐ NIE ☐

Proszę podać inne choroby zaburzenia zdrowia jeśli występują

.....

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszelkie zmiany w sytuacji zdrowotnej, jeśli zaistnieją, zobowiązuję się zgłosić w trakcie najbliższej wizyty w Qlinique Medycyna Estetyczna.

Data i czytelny podpis pacjenta

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTA
PRZED KOLEJNYM ZABIEGIEM W QLINIQUE MEDYCYNĄ ESTETYCZNĄ**

.....
Imię i nazwisko pacjenta

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

Powyższe oświadczenie dot. stanu mojego zdrowia jest nadal aktualne na dzień:.....

Uzupełniam oświadczenie o następujące dane (wpisać jeśli dotyczy):

.....

Data i czytelny podpis pacjenta składany podczas kolejnego zabiegu, wykonanego dn.:

Powyższe oświadczenie dot. stanu mojego zdrowia jest nadal aktualne na dzień:.....

Uzupełniam oświadczenie o następujące dane (wpisać jeśli dotyczy):

.....

Data i czytelny podpis pacjenta składany podczas kolejnego zabiegu, wykonanego dn.:

Powyższe oświadczenie dot. stanu mojego zdrowia jest nadal aktualne na dzień:.....

Uzupełniam oświadczenie o następujące dane (wpisać jeśli dotyczy):

.....

Data i czytelny podpis pacjenta składany podczas kolejnego zabiegu, wykonanego dn.:

Powyższe oświadczenie dot. stanu mojego zdrowia jest nadal aktualne na dzień:.....

Uzupełniam oświadczenie o następujące dane (wpisać jeśli dotyczy):

.....

Data i czytelny podpis pacjenta składany podczas kolejnego zabiegu, wykonanego dn.: