

ANKIETA STANU ZDROWIA PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Proszę otoczyć w kółeczko właściwą odpowiedź: **TAK** NIE

- Czy uważasz się za osobę ogólnie zdrową? TAK NIE

Wywiad ogólny			Wywiad ogólny		
Czy aktualnie się na coś leczysz?	TAK	NIE	Czy przyjmujesz leki na stałe, leki sterydowe, przeciwkrzepliwe? Wymień je poniżej.	TAK	NIE
Czy byłeś operowany, podaj miejsce i powód operacji.	TAK	NIE	Czy aktualnie masz opryszczkę?	TAK	NIE
Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni			Uczulenia, alergie		
-chorowałeś, przyjmowałeś antybiotyki	TAK	NIE	- czy jesteś na coś uczulony	TAK	NIE
-chorowałeś na chorobę wirusową	TAK	NIE	- na jad owadów, osy, pszczoły	TAK	NIE
-byłeś szczepiony na jakąś chorobę	TAK	NIE	- na pyłki drzew, traw, pokarmy	TAK	NIE
-usuwałeś zęby, wstawiałeś implanty	TAK	NIE	- przyjmowane leki na alergię, wymień je	TAK	NIE
Wywiad chorobowy			Wywiad chorobowy		
toczeń	TAK	NIE	pokrzywka, wyprysk kontaktowy	TAK	NIE
twardzina układowa	TAK	NIE	tradzik pospolity	TAK	NIE
łuszczyca			trądzik różowaty		
obrzęki kończyn	TAK	NIE	obrzęki okolicy oczu	TAK	NIE
choroby serca, zawał	TAK	NIE	choroby nerek (zapalenie, kamica nerkowa)	TAK	NIE
nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE	układu oddechowego (astma, gruźlica)	TAK	NIE
zaburzenia rytmu serca	TAK	NIE	przelekłe zapalenie oskrzeli (POCHP)	TAK	NIE
rozrusznik serca	TAK	NIE	choroby tarczycy, podaj poniżej	TAK	NIE
epizody zasłabnięcia	TAK	NIE			
żylaki kończyn dolnych	TAK	NIE	hemofilia, anemia	TAK	NIE
skłonność do krwawień	TAK	NIE	wydłużone krwawienie po usunięciu zęba	TAK	NIE

Dodatkowy komentarz:

.....

.....

ANKIETA STANU ZDROWIA PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Wywiad chorobowy			Wywiad chorobowy		
słabość mięśni, „miastenia gravis”	TAK	NIE	reumatoidalne zapalenie stawów	TAK	NIE
utruty przytomności, udary, padaczka	TAK	NIE	choroby kostno-stawowe	TAK	NIE
zaburzenia nastroju: nerwica, depresja	TAK	NIE	WZW A, WZW B, WZW C, HIV, wymień	TAK	NIE
choroby przewodu pokarmowego	TAK	NIE	choroby wątroby: żółtaczką, marskość	TAK	NIE
cukrzyca	TAK	NIE	dna moczanowa	TAK	NIE
nadwaga, otyłość	TAK	NIE		TAK	NIE
palenie tytoniu/dobę	TAK	NIE	zażywanie narkotyków lek.uspokajających	TAK	NIE

Medycyna estetyczna			Medycyna estetyczna		
wcześniejsze zabiegi estetyczne	TAK	NIE	operacje plastyczne	TAK	NIE
powikłania po zabiegach	TAK	NIE			

Dodatkowy komentarz:

.....

Kobiety					
ciąża	TAK	NIE	przebyte porody, podaj lata porodów	TAK	NIE
karmienie piersią	TAK	NIE			
data ostatniej miesiączki			przyjmowane leki hormonalne	TAK	NIE
objawy wysiłkowego nietrzymania moczu	TAK	NIE			

Dodatkowy komentarz:

.....

 Podpis pacjenta i data