

tel. dom. \_\_\_\_\_

tel. kom. \_\_\_\_\_

nazwisko \_\_\_\_\_

imię \_\_\_\_\_

adres: ulica nr. \_\_\_\_\_

miasto \_\_\_\_\_

kod pocztowy \_\_\_\_\_

data ur. \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

zawód \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

seria i nr dowodu osobistego \_\_\_\_\_

**WSZYSTKIE ODPOWIEDZI PODLEGAJĄ TAJEMNICY LEKARSKIEJ**
**Czy przyjmuje Pan/i/ leki z poniższej listy:**
 leki przeciwzakrzepowe,  leki obniżające ciśnienie krwi,  sterydy,  insulinę,  
 inne - nie wymienione \_\_\_\_\_

**Czy Pan/i/ chorował/a/ lub choruje na:**
 gruźlicę,  chorobę wieńcową,  jaskrę,  cukrzycę,  padaczkę,  żółtaczkę,  zawał lub wylew,  HIV,  
 astmę,  inne - nie wymienione \_\_\_\_\_

**Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania:**

Czy Pan/i/ ostatnio leczył /a/ się w szpitalu lub poradni specjalistycznej? \_\_\_\_\_

Czy jest Pan/i/ czulon/y/a na jakieś leki lub środki znieczulające?

Jeśli tak, to jakie? \_\_\_\_\_

Czy Pan/i/ w przeszłości przechodził/a/ jakieś poważne choroby lub operacje?

Jeśli tak, to jakie? \_\_\_\_\_

Czy jest Pani w ciąży? \_\_\_\_\_

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są przeze mnie zrozumiałe, zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Wszystkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić niezwłocznie po zaistnieniu. Wyrażam zgodę na przetwarzanie, przechowywanie i korzystanie z moich danych osobowych /nazwisko, adres, telefon, mail/ w tutejszej placówce.

\_\_\_\_\_ data i podpis pacjenta