

ANKIETA MEDYCZNA

1. Czy leczy się Pan(i) ostatnio?	
a) Tak	
b) Nie	
c) Nie wiem	
2. Jeśli tak to na jakie schorzenia?	
3. Jakie leki obecnie Pan(i) przyjmuje?	
4. Czy był(a) Pan(i) już operowana/y? Jeśli Tak to w jakim roku/latach?	
a) Tak	
.....	
b) Nie	
5. Czy dobrze znosił(a) Pan(i) znieczulenie?	
a) Tak	
b) Nie	
c) Nie wiem	
6. Czy miał(a) Pan(i) transfuzję krwi? Jeśli TAK to kiedy?	
a) Tak	
.....	
b) Nie	
c) Nie wiem	
7. Czy dobrze zniósł(a) Pan(i) transfuzję?	
a) Tak	
b) Nie	
c) Nie wiem	
8. Czy występują u Pani/a choroby serca (zawał, zapalenie, niedokrwienie mięśnia sercowego, wada)?	
a) Tak	
b) Nie	
c) Nie wiem	
9. Czy występują u Pani/a choroby układu krążenia (wysokie ciśnienie krwi, niskie ciśnienie krwi, omdlenia, zmęczenie, duszności)?	
a) Tak	
b) Nie	
c) Nie wiem	
10. Czy występują u Pani/a choroby naczyń (żylaki, bóle łydek przy chodzeniu, złe ukrwienie naczyń, zapalenie żył)?	
a) Tak	
b) Nie	
c) Nie wiem	
11. Czy występują u Pani/a choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, pylica)?	
a) Tak	
b) Nie	
c) Nie wiem	

12. Czy występują u Pani/a choroby dróg oddechowych (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)?	
a) Tak	
b) Nie	
c) Nie wiem	
13. Czy występują u Pani/a choroby żołądka (zapalenie, choroba wrzodowa)?	
a) Tak	
b) Nie	
c) Nie wiem	
14. Czy występują u Pani/a choroby wątroby (żółtaczka, zastój, stłuszczenie wątroby)?	
a) Tak	
b) Nie	
c) Nie wiem	
15. Czy występują u Pani/a choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamienie nerkowe, trudności w oddawaniu moczu)?	
a) Tak	
b) Nie	
c) Nie wiem	
16. Czy występują u Pani/a choroby przemiany materii (cukrzyca, dna)?	
a) Tak	
b) Nie	
c) Nie wiem	
17. Czy występują u Pani/a choroby tarczycy (wole obojętne, nadczynność, niedoczynność)?	
a) Tak	
b) Nie	
c) Nie wiem	
18. Czy występują u Pani/a choroby oczu (jaskra)?	
a) Tak	
b) Nie	
c) Nie wiem	
19. Czy występują u Pani/a choroby (porażenia, drgawki, udar)?	
a) Tak	
b) Nie	
c) Nie wiem	
20. Czy występują u Pani/a zmiany nastroju (depresja, nerwica)?	
a) Tak	
b) Nie	
c) Nie wiem	
21. Czy występują u Pani/a choroby układu szkieletowego (ból korzonkowy, zmiany kręgosłupa, stawów, osłabienie mięśni)?	
a) Tak	
b) Nie	
c) Nie wiem	
22. Czy występują u Pani/a choroby krwi i układu krążenia (skłonność do krwawienia, siniaków)?	
a) Tak	
b) Nie	
c) Nie wiem	
23. Czy występują u Pani/a uczulenia (katar sienny, wysypka, uczulenia na pokarmy, leki, plaster, jodynę)?	
a) Tak	
b) Nie	
c) Nie wiem	
24. Inne schorzenia nie wymienione powyżej	
.....	

25. Czy nosi Pan(i) protezy zębowe lub szkła kontaktowe?	Tak	Nie
26. Czy pali Pan (i) papierosy?		
a) Tak - ile dziennie?		
b) Nie lub od kiedy nie?		
27. Czy pije Pan(i) alkohol?		
a) Nie		
b) Rzadko		
c) Niewiele		
d) Regularnie		
e) Regularnie dużo		
28. Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające lub nasenne?		
a) Tak - jakie?		
b) Nie		
c) Nie wiem		

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, iż zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia PE i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej jako: „RODO”, wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Ankiecie Medycznej, w tym danych szczególnych kategorii (tzw. danych wrażliwych), o których mowa w art. 9 RODO przez Administratora danych osobowych, tj. (ODONTIC GŁOWACKIEGO 17 A, 39-200 DĘBICA, Polska) oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych oraz aplikacjach wykorzystywanych przez Administratora, w tym w aplikacji FELG Dent - w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie. Zostałem/am również poinformowany/a o zasadach przetwarzania moich danych osobowych, w tym w szczególności, że dane zbierane są przez (ODONTIC GŁOWACKIEGO 17 A, 39-200 DĘBICA, Polska) - Administratora danych osobowych, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te mogą być udostępniane innym podmiotom.

Zostałem poinformowany/a o:

- sposobie przeprowadzenia znieczulenia
- alternatywnych metodach znieczulenia

- potencjalnych następstwach i powikłaniach planowanego znieczulenia:

- * nudności, wymioty, bóle głowy
- * zakażenia
- * uszkodzenie mięśni, nerwów
- * ostra niewydolność krążeniowa - oddechowa, nagłe zatrzymanie krążenia
- * aspiracja treści żołądka
- * krwiak i ropień okolicy znieczulenia
- * przejściowa zmiana głosu (chrypka)
- * uszkodzenie zębów podczas intubacji
- * inne

- ewentualnej konieczności zmiany lub rozszerzenia postępowania anestezyjologicznego, które okaże się niezbędne, w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia
- ewentualnej konieczności przetoczenia krwi lub preparatów krwiozastępczych w razie wystąpienia takiej potrzeby i o ewentualnym ryzyku i zdarzeniach niepożądanych z tym związanych

Data

Podpis pacjenta / Opiekuna
(Podpisano z autoryzowanej aplikacji dla pacjenta)