

## Indywidualna dokumentacja medyczna podmiotu leczniczego

## I. Oznaczenie podmiotu leczniczego:

- a) nazwa podmiotu: **Tadeusz Szwed**
- b) nr wpisu w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: **000000193162**
- c) nazwa zakładu leczniczego: **Gastrolog Tadeusz Szwed**
- d) nazwa jedn. organizacyjnej oraz jej kod resortowy: **Gastrolog Tadeusz Szwed nr 01**
- e) nazwa komórki, kod resortowy, adres: **Poradnia gastrologiczna 001, ul. Wojska Polskiego 49/U1, 05-101 Nowy Dwór Mazowiecki**

## II. Oznaczenie pacjenta

PESEL: 

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

Imię (imiona) i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Płeć: kobieta/mężczyzna

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

EMAIL: .....

## III. Historia zdrowia i choroby:

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić **wątpliwości z lekarzem prowadzącym**. Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz wybrania odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)? TAK  NIE 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? TAK  NIE 

Jeśli tak to jakie: .....

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? TAK  NIE 

Jeśli tak to na co: .....

Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK  NIE 

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?

- 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 przy chodzeniu) 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, żółtaczką, marskość wątroby) TAK  NIE
- choroby układu moczowego** (zapalenie nerek, kamica nerkowa, 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, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK  NIE
- choroby układu kostno-stawowego** (ból korzonkowy, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) TAK  NIE
- choroby krwi i układu krzepnięcia** (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, 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
- |                     |   |                |   |
|---------------------|---|----------------|---|
| żółtaczką zakaźną A | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | AIDS           | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |
| żółtaczką zakaźną B | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | gruźlica       | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |
| żółtaczką zakaźną C | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | ch. Weneryczne | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |
- choroba reumatyczna** TAK  NIE
- osteoporoza** TAK  NIE
- inne dolegliwości** jakie? .....
- Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi .....
- Czy był(a) Pan(ani) już kiedyś operowany(a) TAK  NIE
- Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu: .....
- Czy miał Pan(i) przetaczaną krew TAK  NIE
- Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny: .....
- Czy zażywa Pan(l) środki uspakajające, nasenne, narkotyki? TAK  NIE
- Jeśli tak to jakie: .....

**Pytania dotyczące kobiet:**Czy jest Pani w ciąży? TAK  NIE 

Jeśli tak to w którym miesiącu: .....

Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę? .....

**IV. Oświadczenia Pacjenta (Opiekuna prawnego)**

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

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

Ja (imię i nazwisko) .....Nr PESEL:

zamieszkały/a: ....., oświadczam, że **upoważniam/\***) Pana/-ią (imię, nazwisko, adres) .....

....., **nie upoważniam nikogo\***) do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia (podopiecznego\*) oraz – w przypadku śmierci – do uzyskiwania wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby (podopiecznego\*) oraz odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w podmiocie leczniczym: **Tadeusz Szwed, ul. Wojska Polskiego 49/U1, 05-101 Nowy Dwór Mazowiecki**

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w tej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami poradni.

.....

*data*

.....

*podpis pacjenta (opiekuna prawnego\*)*

\* niepotrzebne skreślić

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie.