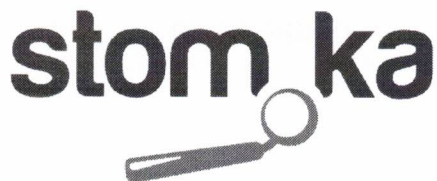


stomatologia



INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA NIELETNIEGO oraz ZGODA NA PODANIE ZNIECZULENIA .

Z oświadczeniem opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego oraz z oświadczeniem dotyczącym dokumentacji medycznej

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA.....

PESEL.....

Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią , proszę pominąć pytanie i wyjaśnić wątpliwości z lekarzem prowadzącym . Oświadczam , że zdaje sobie sprawę z konsekwencji w przypadku podania nieprawdziwych danych odnośnie stanu zdrowia :

Zatajenie danych w zakresie stanu zdrowia i przyjmowanych leków może mieć niekorzystny wpływ na podjęte leczenie , jak również może mieć niekorzystny wpływ na stan zdrowia . Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz wybrania odpowiedniego znieczulenia .

W tabelce właściwą odpowiedź zaznaczamy krzyżykiem „ X ” , a w informacjach dodatkowych wpisujemy np. nazwy leków , choroby , itp.

| L . p. | Pytanie | Tak | Nie | Dodatkowe informacje |
|--------|---|-----|-----|-----------------------------|
| 1. | Czy dziecko czuje się ogólnie zdrowe | | | |
| 2. | Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył/-a się w szpitalu? | | | Proszę podać powód leczenia |

| | | | | |
|-----|---|--|--|---|
| 3. | Czy aktualnie na coś się leczy ? | | | Jeżeli wybrano odpowiedź TAK proszę podać na co : |
| 4. | Czy przyjmuje jakieś leki ? (zwłaszcza aspirynę , leki przeciwkrzepliwe) | | | Proszę podać jakie i w jakich dawkach: |
| 5. | Czy jest na coś uczulony/-a) ? | | | Jeżeli zaznaczono TAK , prosimy podać na co : |
| 6. | Czy występują duszności ? | | | |
| 7. | Czy występują obrzęki ? | | | |
| 8. | Czy występują swędzenia ? | | | |
| 9. | Czy występuje pokrzywka ? | | | |
| 10. | Czy pacjent /ka ma skłonność do krwawień ? | | | |
| 11. | Czy miał/a epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności ? | | | Kiedy : |
| 12. | Czy choruje lub chorował/a na choroby serca lub układu krążenia , naczyń krwionośnych ? | | | Wskazać na co i kiedy : |
| 13. | Czy choruje bądź chorował na astmę ? | | | Wskazać na co i kiedy : |
| 14. | Czy choruje bądź chorował/a na hemofilię ? | | | Wskazać na co i kiedy : |
| 15. | Czy choruje bądź chorował/a na | | | Wskazać na co i kiedy: |

| | | | | |
|-----|---|--|--|---------------------------|
| | wirusowe zapalenie wątroby ? | | | |
| 16. | Czy choruje bądź chorował/a na AIDS ? | | | Wskazać na co i kiedy: |
| 17. | Czy choruje bądź chorował/a na cukrzycę ? | | | Wskazać na co i kiedy: |
| 18. | Czy choruje bądź chorował/a na niewydolność nerek ? | | | Wskazać na co i kiedy : |
| 19. | Czy choruje bądź chorował/a na choroby krwi i układu krzepnięcia (anemia , skłonność do wylewów krwawych , krwawień z nosa , przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) ? | | | |
| 20. | Czy był/a już kiedyś operowana ? | | | Kiedy i z jakiego powodu: |
| 21. | Czy dobrze zniósł / zniosła znieczulenie ? | | | |
| 22. | Czy miał/a Pan/i przetaczaną krew ? | | | Kiedy i dlaczego : |
| 23. | Czy skarży się na inne dolegliwości ? | | | Jakie : |
| 24. | Kiedy ostatnio był/a u kosmetyczki? | | | Data: |
| 25. | Kiedy ostatnio był/a u fryzjera ? | | | Data: |

Inne choroby i uwagi co do stanu zdrowia dziecka :

.....
.....
jeśli nie ma , wpisujemy : **NIE MA ŻADNYCH DOLEGLIWOŚCI .**

Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego nasiękowego , przewodowego lub śródwiązadłowego oraz wyrażam zgodę na to , by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia podczas leczenia . Zostałem/am poinformowany/a o powikłaniach związanych podczas znieczulenia , o ryzyku , jak również o alternatywnych metodach .

Nie znam żadnych przeciwwskazań do wykonania znieczulenia TAK / NIE .

Przeciwwskazanie do wykonania znieczulenia (wypisać lub wpisać brak)
.....
.....

.....Podane powyżej dane są zgodne z prawdą . Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuje się zgłosić pisemnie w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu .

.....
Czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego /
Przedstawiciela ustawowego pacjenta ; data i miejscowość

.....
Czytelny podpis pacjenta /który ukończył 16 lat i nie jest jeszcze pełnoletni : data i miejscowość

.....
Podpis i pieczętka lekarza dentysty ; data i miejscowość