

ZGODA NA ZABIEG

REHA
CARE

1. KOMORY TLENOWEJ HIPERBARYCZNEJ HBOT

2. FALI UDERZENIOWEJ Z ZAKRESU MEDYCZYNY ESTETYCZNEJ I DRENAŻU LIMFATYCZNEGO

(właściwie zakreślić)

DANE PACJENTA:

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

DATA URODZENIA/PESEL PACJENTA.....

NUMER TELEFONU/ E-MAIL:

ADRES ZAMIESZKANIA: ULICA:NR LOK.

KOD POCZTOWY: MIEJSCOWOŚĆ:

Forma potwierdzenia zapłaty: PARAGON FAKTURA (prosimy podać dane do faktury poniżej)

DANE DO FAKTURY

DANE OPIEKUNA PACJENTA NIELETNIEGO OPIEKUN

Rodzic Rodzeństwo Rodzina Rodzina zastępcza Opiekun prawny

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL OPIEKUNA PACJENTA:

ADRES ZAMIESZKANIA: ULICA:NR LOK.

1. Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)?
TAK /NIE
2. Czy w ciągu ostatnich 5lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu?
TAK /NIE Jeśli tak to z jakiego powodu:
.....
3. Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy
TAK/NIE Jeśli tak to na co:
.....
4. Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki
TAK/NIE, Jeśli tak to jakie.....
5. Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)?
TAK /NIE Jeśli tak to na co.....
6. Czy zdarzały się lub występują u Pana(i): duszność, obrzęki, pokrzywka, swędzenie
TAK /NIE
7. Czy miał(a) Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?
TAK /NIE
8. Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca?
TAK /NIE
9. Czy przebył(a) Pan(i) jakiś poważny zabieg operacyjny
TAK /NIE Jeśli tak, to proszę podać przyczynę operacji
.....
10. Czy był Pan(i) poddana zabiegom lub leczeniu: naświetlanie, chemioterapia, leczenie sterydami TAK /NIE
11. Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?(proszę podkreślić właściwe) TAK /NIE
choroby serca(zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serc a, zaburzenia rytmu , zapalenie mięśnia sercowego)
12. inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)
TAK /NIE
13. choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu)
TAK /NIE



14. choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)
TAK /NIE
15. choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit)
TAK /NIE

16. Choroby wątroby (kamica, żółtaczką, marskość wątroby)
TAK /NIE
17. choroby układu moczowego(zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) TAK /NIE
18. zaburzenia przemiany materii(cukrzyca, dna moczanowa) proszę podać ostatni poziom cukru:
.....
TAK /NIE
19. choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne)
TAK /NIE
20. Choroby układu nerwowego (padaczka, niedowład, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)
TAK /NIE
21. Choroby krwi i układu krzepnięcia, skłonność do krwawień(hemofilia, anemia, wylewy krwawe , krwawienie z nosa)
TAK /NIE
22. choroby oczu (jaskra)
TAK /NIE
23. Zmiany nastroju (depresja, nerwica)
TAK /NIE
24. Choroby zakaźne
TAK /NIE
25. Choroba reumatyczna
TAK /NIE
26. inne dolegliwości lub schorzenia, które miały miejsce w przeszłości
TAK /NIE Jeśli tak to jakie?
.....
27. Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi
.....
28. Czy pali Pan(i) tytoń?
TAK /NIE

Pytania dotyczące kobiet:

29. Czy jest Pani w ciąży?
TAK /NIE Jeśli tak to w którym miesiącu:

PODPIS PACJENTA/ OPIEKUNA:
