

Informacja dotycząca stanu zdrowia pacjenta

Imię i Nazwisko pacjenta

PESEL Data urodzenia:

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

Czy aktualnie leczy się Pan(i)? Jeśli tak to z jakiego powodu: TAK NIE

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? Jeśli tak to jakie: TAK NIE

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? Jeśli tak to na co: TAK NIE

Czy był(a) Pan(i) leczona w szpitalu? Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu: 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, utrata sił) TAK NIE

choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu, skłonność do krwotoku z nosa, podatność na siniaki i opuchlizny, długie gojenie się ran) TAK NIE

choroby krwi Jeśli tak to jakie: TAK NIE

choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, niewydolność płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) TAK NIE

choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit, nietolerancja na pokarmy) TAK NIE

choroby wątroby (kamica, żółtaczka, marskość wątroby) TAK NIE

choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu, inne choroby nerek) TAK NIE

zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa) TAK NIE

choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne, powiększenie tarczycy) TAK NIE

choroby układu nerwowego (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK NIE

choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, 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

alergie (astma, inne choroby alergiczne, reakcje alergiczne na leki) TAK NIE

zmiany nastroju (depresja, nerwica) TAK NIE

choroby zakaźne żółtaczka zakaźna A, B, C, gruźlica, TAK NIE

choroba reumatyczna TAK NIE

osteoporoza TAK NIE



infekcje Jak często: TAK NIE

transfuzje krwi Jak często: TAK NIE

chemioterapia lub radioterapia Jeśli tak przebyta czy w trakcie: TAK NIE

inne dolegliwości, choroby (np. trudności w połknięciu, obrzęk węzłów chłonnych) TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Czy pali Pan(i) tytoń? Jeśli tak, to ile i od kiedy: TAK NIE

Pytania dotyczące kobiet:

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

Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?

Czy stosuje Pani hormonalne środki antykoncepcyjne? TAK NIE

Pytania dotyczące zabiegów medycyny estetycznej (laser: Mona Lisa, Motus, Zaffiro):

Czy przyjmował(a) Pan/i tetracykliny, izotretynoine (Accutane, Izotek)? TAK NIE

Jeśli tak proszę podać datę ostatniego przyjęcia leku.....

Czy przyjmuje Pan/i leki przeciwzakrzepowe lub aspirynę TAK NIE

Jeśli tak to jakie?.....

Czy przyjmuje Pan/i jakieś zioła, leki lub suplementy diety? TAK NIE

Jeśli tak to jakie?.....

Czy w obrębie skóry poddawanej zabiegowi pojawił się kiedykolwiek stan zapalny, infekcja wirusowa, bakteryjna? TAK NIE

Czy ma Pani skłonność do nieprawidłowego gojenia ran i tworzenia blizn? TAK NIE

Czy często się Pan/i opala? Data ostatniej ekspozycji na słońce/solarium..... TAK NIE

Czy używa Pan/i samoopalaczy? TAK NIE

Czy używa Pan/i kremów z filtrem? TAK NIE

Czy używała Pan/i w ciągu ostatnich 4 tygodni kremów z retinolem? TAK NIE

Czy w ostatnich 7 dniach były wykonywane jakiegokolwiek inne zabiegi na skórze w miejscu, które ma być poddane zabiegowi? Jeśli tak to jakie?..... TAK NIE

.....

Czytelny podpis osoby zbierającej informacje

.....

Data i czytelny podpis pacjenta