



Nazwisko Imię .....

Data urodzenia ..... Wzrost ..... Waga .....

Adres zamieszkania .....

Adres email:.....Telefon kontaktowy.....

Zgodnie z § 8 pkt 1,2,3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z21.XII.2010 w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania z późniejszymi poprawkami (Dz.U. z 7 lutego 2014 poz. 177) prosimy o podpisanie poniższych oświadczeń oraz wypełnienie ankiety.

- ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH (pole wymagane)**  
Informujemy iż Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Magodent Sp z o.o. Magodent-Endoterapia Szpital i Ambulatorium Warszawa ul. Brzeska 12, 02-737 Warszawa. Przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych będzie prowadzone wyłącznie w celach realizacji świadczonych Panu/Pani świadczeń medycznych w zakresie niezbędnym do ich realizacji. Magodent Sp.z o.o. Magodent-Endoterapia Szpital i Ambulatorium Warszawa nie będzie udostępniać danych innym podmiotom z wyjątkiem podmiotów upoważnionych do tego na podstawie przepisów prawa. Ma Pan/Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych i żądania ich poprawienia. Podanie podstawowych danych osobowych jest obowiązkowe na podstawie rozp.Ministra Zdrowia z 8.IX.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ( Dz. U z 2015r.,poz. 1400).

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

- Zapoznałem/am się z Prawami Pacjenta**  
 **Wyrażam zgodę na hospitalizację w Magodent Sp. zo.o. Endoterapia Szpital i Ambulatorium Warszawa/Łódź.**  
*(zaznaczyć w przypadku pacjentów przyjmowanych do hospitalizacji)*

Data i czytelny podpis pacjenta

**UPOWAŻNIENIA**

Oświadczam, że  Upoważniam  Nie upoważniam nikogo

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Nr telefonu osoby upoważnionej

Adres osoby upoważnionej

**do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych**

Oświadczam, że  Upoważniam  Nie upoważniam nikogo

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Nr telefonu osoby upoważnionej

Adres osoby upoważnionej

**do uzyskania mojej dokumentacji medycznej**

Data i czytelny podpis pacjenta

**ODBIÓR WYNIKÓW BADAŃ HISTOPATOLOGICZNYCH**

**Wyniki badań histopatologicznych można odebrać nieodpłatnie osobiście w Dziale Obsługi Pacjenta**

Wyrażam zgodę na powiadomienie SMS-em o ewentualnym odbiorze wyniku badania histopatologicznego

nr.telefonu .....

Data i czytelny podpis pacjenta

**OPIEKUN FAKTYCZNY**

Imię i nazwisko opiekuna faktycznego

Nr telefonu opiekuna faktycznego

Pesel

Adres zamieszkania

**OSOBA NIE MOGĄCA PISAĆ**

Potwierdzam, że zgoda na proponowane leczenie została wyrażona ustnie przez pacjenta oraz że pacjent nie może sam złożyć swojego podpisu

Data.....

Czytelny podpis opiekuna .....

<b>1.</b> Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był Pan/Pani leczony/a w innym szpitalu? Kiedy, gdzie i z jakiego powodu? .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>2.</b> Czy był/a Pan/Pani kiedyś operowany/a? kiedy i z jakiego powodu? proszę wymienić: .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>3.</b> Czy obserwowano podczas znieczulenia szczególne reakcje? proszę wymienić: .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>4.</b> Czy krewni Pana/Pani mieli jakiegokolwiek powikłania związane ze znieczuleniem? Proszę wymienić:.....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>5.</b> Czy przyjmuje Pan/Pani leki ( <b>aktualnie i przewlekłe</b> ) nazwa, dawka, od kiedy? proszę wymienić: .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>6.</b> Choroby serca: czy przebył/a Pan/Pani zawał mięśnia sercowego, zapalenie mięśnia sercowego, czy ma Pan/Pani wadę serca, zaburzenia rytmu, chorobę wieńcową inne? proszę wymienić: .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>7.</b> Choroby krążenia: czy choruje Pan/Pani na nadciśnienie tętnicze, choroby naczyń krwionośnych? proszę wymienić: .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>8.</b> Choroby naczyń: czy przebył/a Pan/Pani zapalenie żył powierzchownych, głębokich, czy występują u Pana/Pani bóle łydek? proszę wymienić: .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>9.</b> Choroby dróg oddechowych: czy choruje Pan/Pani na astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedmę płuc, pylicę, zapalenie płuc, gruźlicę, pochn, bezdech senny? proszę wymienić: .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>10.</b> Choroby nerek: czy chorował/a Pan/Pani na kamice moczową, zapalenie nerek, zakażenia dróg moczowych? proszę wymienić: .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>11.</b> Choroby endokrynologiczne: czy chorował/a Pan/Pani na choroby przysadki, tarczycy, przytarczyc, nadnerczy, inne? proszę wymienić: .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>

<b>12.</b> Choroby przemiany materii: czy choruje Pan/Pani na cukrzycę, dnę, inne? <b>TAK</b> <b>NIE</b> proszę wymienić: .....
<b>13.</b> Choroby oczu: czy choruje Pan/Pani na jaskrę, zaćmę, wadę wzroku? <b>TAK</b> <b>NIE</b> proszę wymienić: .....
<b>14.</b> Choroby mięśni: czy choruje Pan/Pani na choroby mięśni, wiotkość mięśni, gorączkę (hipertemię) złośliwą? <b>TAK</b> <b>NIE</b> proszę wymienić: .....
<b>15.</b> Czy w Pana/Pani rodzinie ktoś chorował na schorzenia mięśni, wiotkość mięśni, gorączkę (hipertemię) złośliwą? <b>TAK</b> <b>NIE</b> proszę wymienić: .....
<b>16.</b> Choroby układu kostnego: czy choruje Pan/Pani na choroby kręgosłupa, stawów? <b>TAK</b> <b>NIE</b> proszę wymienić: .....
<b>17.</b> Choroby neurologiczne: czy choruje Pan/Pani na padaczkę, czy przebył/a Pan/Pani udar mózgowy, czy ma Pan/Pani niedowład, porażenie kończyn dolnych, górnych, połowicy, miastenię, stwardnienie rozsiane, inne? <b>TAK</b> <b>NIE</b> proszę wymienić: .....
<b>18.</b> Choroby krwi i układu krzepnięcia: czy choruje Pan/Pani na hemofilię, inne schorzenia układu krwiotwórczego i krwionośnego?, czy ma Pan/Pani zwiększoną skłonność do siniaków, krwawień? <b>TAK</b> <b>NIE</b> proszę wymienić: .....
<b>19.</b> Czy kiedykolwiek przeprowadzono u Pana/Pani przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych? <b>TAK</b> <b>NIE</b> proszę wymienić kiedy? ..... Czy pojawiły się jakieś komplikacje w trakcie lub po toczeniu krwi lub preparatów krwiopochodnych? <b>TAK</b> <b>NIE</b> Jeśli tak proszę wymienić: .....
<b>20.</b> Czy w Pana/Pani najbliższej rodzinie występują obciążenia dziedziczne? <b>TAK</b> <b>NIE</b> Jeśli tak proszę wymienić: .....
<b>21.</b> Uczulenia: czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki (proszę podać nazwę leku), artykuły spożywcze, środki dezynfekcyjne, środki kontrastowe, inne? <b>TAK</b> <b>NIE</b> proszę wymienić: .....
<b>22.</b> Choroby wątroby: czy choruje Pan/Pani na marskość wątroby, inne? <b>TAK</b> <b>NIE</b> proszę wymienić: .....

<b>23.</b>	Czy chorował/a Pan/Pani na wirusowe zapalenie wątroby (żółtaczką zakaźną typu A, B, C, inne) proszę wymienić: .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>24.</b>	Czy był/a Pan/Pani szczepiony/a przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby? proszę wymienić jakie i kiedy? .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>25.</b>	Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana/Pani markery zapalenia wątroby (np. HBs, HCV ?) proszę wymienić: .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>26.</b>	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z chorym na WZW typ A, B lub C? Jeśli tak proszę wpisać typ:.....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>27.</b>	Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana/Pani przewlekłe zakażenie np.: Boreliozą, HIV/AIDS ? Jeśli tak proszę wymienić: .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>28.</b>	Czy w ciągu 6 miesięcy miał/a Pan/Pani wykonywane zabiegi stomatologiczne, ginekologiczne, urologiczne, akupunktury, kosmetyczne (np. tatuaż, kolczykowanie) lub inne, w czasie których mogło dojść do skaleczenia (np. fryzjerskie) proszę wymienić: .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>29.</b>	Użytki lub leki uspokajające: tytoń alkohol inne użytki leki uspokajające i nasenne: nazwa, dawka, od kiedy? proszę wymienić: .....	<b>TAK</b> <b>TAK</b> <b>TAK</b> <b>TAK</b>	<b>NIE</b> <b>NIE</b> <b>NIE</b> <b>NIE</b>
<b>30.</b>	Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy wystąpił u Pana/Pani ubytek wagi ciała? proszę podać ile kilogramów: .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>31.</b>	Uzębienie: czy ma Pan/Pani protezy zębowe, chwiejące się zęby?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>32.</b>	Czy jest Pani w ciąży?	<b>NIE DOTYCZY</b>	<b>TAK</b> <b>NIE</b>
<b>33.</b>	Czy karmi Pani piersią?	<b>NIE DOTYCZY</b>	<b>TAK</b> <b>NIE</b>
<b>34.</b>	Proszę o podanie daty ostatniej miesiączki	<b>NIE DOTYCZY</b>	<b>DATA</b> .....

**Potwierdzam, że wszystkie udzielone odpowiedzi zgodne są z prawdą.**

Data i czytelny podpis pacjenta