

REJESTRACJA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ I PRZESŁAĆ PRZED ZABIEGIEM!

Pacjent:

Nazwisko Imie data urodzenia

Adres:

ulica Kod pocztowy/ miejsce

Telefon:

Stan ubezpieczenia:

- ubezpieczony prywatnie ubezpieczony obowiązkowo
 dobrowolnie ubezpieczony prywatne ubezpieczenie dodatkowe

Prosimy o następujące informacje do Państwa dokumentacji medycznej, która oczywiście podlega tajemnicy lekarskiej:

1. Czy cierpiał Pan/Pani na którąkolwiek z poniższych chorób?

- a) Astma (ciężka duszność) tak nie
b) Reakcje alergiczne (takie jak katar sienny) tak nie
c) Nietolerancja leków tak nie
Który _____
f) Żółtaczką Zakażenie wirusem HIV/AIDS Choroby wątroby Gruźlica nie
g) Cukrzyca tak nie
h) Reumatyzm tak nie
i) Choroba krwi
 Zaburzenia krzepnięcia krwi
j) Choroba krążenia tak nie
k) Choroba nerek tak nie
l) Choroba tarczycy tak nie
m) Padaczka tak nie
n) Osteoporoza tak nie

2. Obecnie bierze lub regularnie zażywa Pan/Pani leki?

tak nie

Jeśli tak to jakie? _____

3. Czy jesteś lub byłeś w trakcie chemioterapii, bisfosfonianów lub radioterapii?

tak nie

Jeśli tak to kiedy? _____

4. Czy nosi Pan/Pani rozrusznik serca?

tak nie

5. Czy cierpi Pan/Pani na krwawiące dziąsła? tak nie

6. Kiedy było ostatnie badanie RTG? _____

7. Czy jest Pani w ciąży? tak nie

Ile tygodni? _____

8. Inne informacje/inne choroby:

9. Jak dowiedział się Pan/Pani o naszej praktyce?

Swoim podpisem potwierdzam kompletność i prawdziwość moich informacji.

Data

Podpis

Prosimy o dalsze informowanie gabinetu o wszelkich zmianach dotyczących Państwa stanu zdrowia i adresu w przyszłości.

UWAGA:

W przypadku pełnoletnich osób współubezpieczonych osobą zobowiązaną do zapłaty (= odbiorca faktury) jest wyżej wymieniony pacjent; w przypadku osób niepełnoletnich – przedstawiciel ustawowy.