

KARTA PACJENTA (proszę wypełnić drukowanymi literami)

IMIĘ I NAZWISKO _____

DATA URODZENIA _____ PESEL _____

ADRES ZAMIESZKANIA _____

TELEFON KONTAKTOWY _____

ADRES E-MAIL _____

SKĄD DOWIEDZIAŁ/A SIĘ PAN/I O NASZEJ KLINICE _____

OŚWIADCZAM, IŻ JESTEM UBEZPIECZONY/A W ZUS TAK/NIE

Wyrażam zgodę na informowanie o moim stanie zdrowia _____

(imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon)

Wyrażam zgodę na dostęp do mojej historii choroby _____

(imię i nazwisko osoby upoważnionej, telefon)

Wyrażam zgodę na otrzymywanie wiadomości tekstowych (mail, sms, list) od Kliniki w Klaudynie sp. z o.o.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Klinikę w Klaudynie sp. z o.o. zgodnie z przepisami ustawy z 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z póź. zm.).

data _____

podpis _____

VERTE

Klinika w Klaudynie Sp. z o.o.

ul. Karola Kurpińskiego 15, 05-080 Klaudyn

Tel.: +48 22 721 81 05; GSM +48 510 147 711

contact@klaudyn.pl www.klaudyn.pl

WIZYTA PIERWSZORAZOWA

LOKALIZACJA RANY

.....
.....

ILOŚĆ RAN

.....

OD KIEDY JEST RANA/RANY? (podać w miesiącach/latach)

.....
.....

ROZMIAR RANY/RAN (mała, średnia, duża)

.....

KOLOR RANY/RAN (biały, żółty, czarny, zielony, czerwony, brązowy)

.....
.....

GŁĘBOKOŚĆ RANY/RAN (powierzchnowa, głęboka, bardzo głęboka)

.....
.....

DOTYCHCZASOWE LECZENIE RANY/RAN

.....
.....
.....
.....

Klinika w Klaudynie Sp. z o.o.

ul. Karola Kurpińskiego 15, 05-080 Klaudyn

Tel.: +48 22 721 81 05; GSM +48 510 147 711

contact@klaudyn.pl www.klaudyn.pl

STOSOWANE OPATRUNKI

.....

.....

.....

.....

LEKI PRZYJMOWANE NA STAŁE

.....

.....

.....

.....

UCZULENIA NA LEKI I INNE SUBSTANCJE

.....

.....

UŻYWKI (papierosy, alkohol, inne)

.....

.....

CHOROBY	NIE	TAK	NIE WIEM	UWAGI (jakie choroby)
Czy był/a Pan/i w szpitalu w ciągu ostatnich 2 lat?				
Cukrzyca				
AIDS				
Arytmia				
Choroba wieńcowa				
Choroby neurologiczne				
Choroby reumatyczne				
Ciąża				
Drobny zabieg chirurgiczny				

Klinika w Klaudynie Sp. z o.o.

ul. Karola Kurpińskiego 15, 05-080 Klaudyn

Tel.: +48 22 721 81 05; GSM +48 510 147 711

contact@klaudyn.pl www.klaudyn.pl

CHOROBY	NIE	TAK	NIE WIEM	UWAGI (jakie choroby)
Hashimoto				
Hemofilia				
Miażdżycy				
Migotanie przedsionków				
Nadciśnienie tętnicze				
Nadczynność tarczycy				
Nadkwasota				
Niedoczynność tarczycy				
Niewydolność krążenia				
Niewydolność nerek				
Okulistyczne				
Operacja (jaka? kiedy?)				
Padaczka				
POCHP				
Przebyty zawał				
Przedłużone krwawienie np. po skaleczeniu				
Układu nerwowego				
Układu oddechowego				
Układu pokarmowego				
Wady serca				
WZW B				
WZW C				
Zaburzenia hormonalne				
Inne choroby				
Mogę być poddawana/y znieczuleniu				

Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej _____

Klinika w Klaudynie Sp. z o.o.

ul. Karola Kurpińskiego 15, 05-080 Klaudyn

Tel.: +48 22 721 81 05; GSM +48 510 147 711

contact@klaudyn.pl www.klaudyn.pl

Zgoda na wykonanie i przetwarzanie zdjęć do dokumentacji zabiegowej

Ja, niżej podpisana(y) _____

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na wykonanie zdjęć fotograficznych okolic poddanych zabiegowi wyłącznie do celów dokumentacyjnych

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na publikację / przetwarzanie wykonanych zdjęć fotograficznych okolic poddanych zabiegowi, pod warunkiem nie rozpoznawalności mojej osoby

data, podpis Pacjenta: _____

Klinika w Klaudynie Sp. z o.o.

ul. Karola Kurpińskiego 15, 05-080 Klaudyn

Tel.: +48 22 721 81 05; GSM +48 510 147 711

contact@klaudyn.pl www.klaudyn.pl