

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ data ur. \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko przedstawiciela prawnego :

\_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ data ur. \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy : \_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_

Skąd dowiedziałeś się o nas:

- z polecenia (znajomi, rodzina)
- Internet: strona www/FB
- ulotka informacyjna
- reklama prasowa/bilbordy
- radio/telewizja
- inne, jakie?

### OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Ja, \_\_\_\_\_ nr PESEL \_\_\_\_\_  
Imię, nazwisko

zamieszkały/a: \_\_\_\_\_, będąc przedstawicielem ustawowym pacjenta:

\_\_\_\_\_ posiadającego nr PESEL \_\_\_\_\_

oświadczam, że **upoważniam\***) Pana/-ią \_\_\_\_\_, zamieszkałego/ą \_\_\_\_\_, **/nie upoważniam nikogo innego\***)

do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta, do wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz uzyskiwania odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w Centrum Medycznym SUPERMED Sp. z o.o. Sp. K.

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w  
tutejszej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem  
prowadzącym lub innymi lekarzami poradni.

.....  
data

.....  
podpis opiekuna prawnego

### **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wyrażam dobrowolną zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych przez Centrum Medyczne  
SUPERMED Sp. z o.o. Sp. K. w celach promocyjnych i marketingowych. Ponadto wyrażam zgodę na przesyłanie za  
pomocą środków komunikacji elektronicznej, w szczególności poczty elektronicznej skierowanej do mnie informacji  
handlowej. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, podanie danych  
osobowych jest dobrowolne.

KRAKÓW, dn. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta

### **AKTUALNIE STOSOWANE LEKI:**

Lp.	Nazwa	Dawka	Rano	Południe	Wieczór	Uwagi
1						
2						
3						
4						
5						

### **II. ALERGIE (UCZULENIA I NIETOLERANCJE LEKÓW, POKARMÓW I INNYCH):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

KRAKÓW, dn. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta

\* - niewłaściwe skreślić

### III. CHOROBY PRZEWLEKŁE

Jeżeli chorujesz na choroby przewlekłe uzupełnij odpowiednie rubryki, podaj od kiedy się na nie leczysz

1. **Choroby układu krążenia** (np. nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, niewydolność serca, migotanie przedsionków, inne arytmie, wady zastawek/wady serca, miażdżyca, tętniaki, żylaki)  
\_\_\_\_\_
2. **Choroby układu oddechowego** (np. astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc [POChP], rozedma)  
\_\_\_\_\_
3. **Choroby układu pokarmowego** (np. refluks, choroba wrzodowa, zespół jelita drażliwego, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniewskiego-Crohna, choroby wątroby, trzustki, kamica żółciowa)  
\_\_\_\_\_
4. **Choroby endokrynologiczne, metaboliczne** (np. cukrzyca, choroby tarczycy, przytarczyc, przysadki, dna moczanowa)  
\_\_\_\_\_
5. **Choroby nowotworowe** (np. rak jelita grubego, piersi, jajnika, szyjki macicy, macicy, prostaty, płuca, wątroby, czerniak)  
\_\_\_\_\_
6. **Choroby układu krwiotwórczego** (np. anemia, zaburzenia krzepnięcia, białaczka, chłoniak)  
\_\_\_\_\_
7. **Choroby układu moczowego i rozrodczego** (np. przewlekła niewydolność nerek, torbiele nerek, kamica nerek, nietrzymanie moczu, zespół nerczycowy, choroby jajników, przerost prostaty, choroby jąder)  
\_\_\_\_\_
8. **Choroby reumatologiczne** (np. zmiany zwyrodnieniowe stawów, osteoporoza, reumatoidalne zapalenie stawów [RZS])  
\_\_\_\_\_
9. **Choroby skóry** (np. trądzik, łuszczyca, atopowe zap. skóry [AZS], pokrzywka, brodawki, owrzodzenia)  
\_\_\_\_\_
10. **Choroby oka i ucha** (np. wady wzroku, zaćma, jaskra, alergiczne zap. spojówek, niedosłuch)  
\_\_\_\_\_
11. **Choroby zakaźne, pasożytnicze** (np. przewlekłe WZW, zakażenie HIV, gruźlica, kiła, rzeżączka, glistnica)  
\_\_\_\_\_
12. **Choroby układu nerwowego i psychiczne** (np. migrena, zawroty głowy, padaczka, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, demencja, stwardnienie rozsiane, nerwica, depresja, zaburzenia lękowe, schizofrenia, anoreksja, bulimia)  
\_\_\_\_\_

### IV. WYWIAD GINEKOLOGICZNY (dotyczy kobiet)

Pierwsza miesiączka \_\_\_\_\_; ostatnia miesiączka \_\_\_\_\_; czas trwania cyklu \_\_\_\_\_;  
liczba ciąż \_\_\_\_\_; liczba porodów \_\_\_\_\_; sposób porodu (siłami natury/cięcie cesarskie).

## **V. PRZEBYTE CHOROBY, URAZY, HOSPITALIZACJE I ZABIEGI OPERACYJNE**

Jakie choroby/urazy przebyłeś(aś) w przeszłości? (np. zawał m. sercowego, udar mózgu, żółtaczkę, złamania, wypadek komunikacyjny) \_\_\_\_\_

Czy kiedykolwiek przebywałeś(aś) w szpitalu (kiedy, gdzie i z jakiego powodu?) \_\_\_\_\_

Czy miałeś(aś) wykonywane zabiegi operacyjne (kiedy i jakie?) \_\_\_\_\_

## **VI. NAŁOGI**

### **1. Papierosy/e-papierosy/fajka**

Tak / Nie

### **2. Alkohol**

Tak / Nie

### **3. Narkotyki/dopalacze**

Tak / Nie

4. **Inne** – uzależnienie od innych substancji – np. **leki nasenne, uspokajające** \_\_\_\_\_

## **VII. SZCZEPIENIA**

Czy szczepiłeś(aś) się przeciwko jakimś chorobom (np. WZW, grypie, pneumokokom, meningokokom, durowi brzusznemu, odkleszczowemu zap. mózgu?) Kiedy? Ile razy? Jakim preparatem? \_\_\_\_\_

## **VIII. REHABILITACJA**

Czy kiedykolwiek byłeś(aś) objęty(a) leczeniem rehabilitacyjnym? \_\_\_\_\_

Gdzie, kiedy i z jakiego powodu? \_\_\_\_\_

## **IX. WYWIAD RODZINNY**

Czy w Twojej rodzinie występowały (i u kogo) choroby dziedziczne?:

- genetyczne \_\_\_\_\_

- nowotworowe \_\_\_\_\_

KRAKÓW, dn. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta