



IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

DATA URODZENIA:

UWAGA: zaznacz kółkiem „○” właściwą odpowiedź i uzupełnij

1. Czy chorował(a) Pan(i) na Wirusowe Zapalenie Wątroby?

TAK | NIE

Jeżeli tak, proszę podać kiedy:

2. Czy był(a) Pan(i) leczona w innych placówkach służby zdrowia?

TAK | NIE

Proszę podać kiedy i gdzie:

3. Czy w ciągu ostatnich 6-ciu miesięcy miał(a) Pan(i) kontakt z chorym na Wirusowe Zapalenie Wątroby?

TAK | NIE

Jeżeli tak, proszę podać kiedy i gdzie:

4. Czy otrzymał(a) Pan(i) iniekcję, kroplówki, transfuzje, preparaty krwiopochodne?

TAK | NIE

Jeżeli tak, proszę podać kiedy i gdzie:

5. Czy przechodził(a) Pan(i) zabiegi naruszające powłoki skórne (biopsje, punkcje, akupunktura, szczepienia, operacje, pobieranie krwi, testy alergiczne, zastrzyki itp.)?

TAK | NIE

Jeżeli tak, proszę podać kiedy i gdzie:

6. Czy miał(a) Pan(i) wykonywane badania endoskopowe?

TAK | NIE

Proszę podać kiedy i gdzie:

7. Czy korzystała Pani z usług gabinetów ginekologicznych (zabiegi ginekologiczne, położnicze)?

TAK | NIE

Jeżeli tak, proszę podać kiedy i gdzie:

8. Czy korzystał(a) Pan(i) z usług gabinetów stomatologicznych (ekstrakcja zębów, plomba)?

TAK | NIE

Jeżeli tak, proszę podać kiedy i gdzie:

9. Czy korzystał(a) Pan(i) z usług lekarzy okulistów (usuwanie ciała obcego z oka itp.)?

TAK | NIE

Jeżeli tak, proszę podać kiedy i gdzie:

10. Czy posiada Pan(i) tatuaż?

TAK | NIE

Proszę podać kiedy i gdzie został wykonany:

11. Czy korzystał(a) Pan(i) z usług gabinetów kosmetycznych?

TAK | NIE

Proszę podać kiedy i gdzie:

12. Czy jest Pan(i) zaszczepiony(a) przeciw Wirusowemu Zapaleniu Wątroby?

TAK | NIE

Jeżeli tak, proszę podać kiedy:

Uwaga. Po upływie 5 lat od ostatniego szczepienia z serii należy wykonać badanie poziomu przeciwciał HBS.

PODPIS I PIECZĄTKA OSOBY ZBIERAJĄCEJ WYWIAD

DATA:

PODPIS PACJENTA/OPIEKUNÓW:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez Klinikę Nieborowice Sp. z o.o. z siedzibą w Nieborowicach w rozumieniu Ustawy z dn. 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101 poz. 926 z 2002r. z późniejszymi zmianami) w celach związanych z leczeniem i profilaktyką medyczną. Zostałem poinformowany o przysługujących mi uprawnieniach m.in. do wglądu i aktualizacji moich danych.

DATA:

PODPIS PACJENTA/OPIEKUNÓW:

