



**SZPITAL
ŚW. WOJCIECHA**

Szpital św. Wojciecha

Wielkopolskie Centrum Medyczne
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

ul. B. Krzywoustego 114, 61-144 Poznań
tel. 61 62 33 111
email: sekretariat@szpitalswwojciecha.pl

NIP: 7822550546
REGON: 302139276
KRS: 0000852668
Kapitał podstawowy 712 tysięcy złotych

ANKIETA MEDYCZNA

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Adres e-mail:

Identyfikator Pacjenta
(naklejka)

1. Czy aktualnie jest Pan/Pani w trakcie leczenia? Jakiego?	TAK	NIE
2. Czy w ciągu ostatnich 2 lat był/a Pan/Pani w szpitalu? Z jakiego powodu?	TAK	NIE
3. Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani epizody omdlenia lub utraty świadomości?	TAK	NIE
4. Czy posiada Pan/Pani rozrusznik serca, implanty, sztuczne zastawki, płytki? W jakim miejscu?	TAK	NIE
5. Czy pali Pan/Pani tytoń/papierosy elektroniczne?	TAK	NIE
6. Czy zażywa Pan/Pani środki uspokajające, nasenne, narkotyki? Jakież?	TAK	NIE
7. Czy w ostatnim czasie miał/miała Pan/Pani wykonany manicure, pedicure, piercing lub tatuaż? Które?	TAK	NIE
8. Czy korzystał Pan/Pani z solarium lub opalał/opalała się w ciągu ostatniego miesiąca?	TAK	NIE
9. Czy jest Pan/Pani na coś uczulony/a?		
a) leki: antybiotyki/salisylany – jakie?	TAK	NIE
b) składniki kosmetyków – jakie?	TAK	NIE
c) środki znieczulające – jakie?	TAK	NIE
10. Czy obecnie przyjmuje Pan/Pani jakieś leki? Jakież:	TAK	NIE
11. Czy przyjmuje Pan/Pani któreś z wymienionych leków? Aspiryna, Acard, Polocard, Heparyna, Fraxiparyna, Clexane, Clopidogrel	TAK	NIE
12. Czy w ciągu ostatniego pół roku przebywał/a Pan/Pani leczenie izotretinoiną? (Izotek, Isoderm, Curacne, Aknenormin, Actaven, Axotret, Tretoskin)	TAK	NIE
13. Czy stosuje Pa/Pani napary z dziurawca, nagietka, herbaty ziołowe?	TAK	NIE
14. Czy był Pan/Pani operowana?	TAK	NIE
15. Czy miewa Pan/Pani opryszczkę? Jeśli tak to jak często?	TAK	NIE
16. Czy choruje Pan/Pani na choroby zakaźne? (WZW A, WZW B, WZW C, Gruźlicę, nosiciel wirusa HIV?	TAK	NIE
17. Czy chorował/a Pan/Pani lub obecnie choruje na któreś z wymienionych schorzeń?		
a) choroba wieńcowa	TAK	NIE
b) niewydolność krążenia	TAK	NIE

c) dławica piersiowa	TAK	NIE
d) wada serca	TAK	NIE
e) nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE
f) arytmia	TAK	NIE
g) choroby krwi	TAK	NIE
h) cukrzyca	TAK	NIE
i) choroba wrzodowa żołądka	TAK	NIE
j) choroby wątroby	TAK	NIE
k) jaskra	TAK	NIE
l) choroby płuc	TAK	NIE
m) astma	TAK	NIE
n) choroby tarczycy	TAK	NIE
o) choroby nerek	TAK	NIE
p) choroby stawów	TAK	NIE
q) choroba nowotworowa	TAK	NIE
r) udar mózgu	TAK	NIE
s) zawał mięśnia sercowego	TAK	NIE
t) padaczka	TAK	NIE
u) nerwica	TAK	NIE
v) depresja	TAK	NIE
w) AIDS	TAK	NIE
x) Inne	TAK	NIE

18. Czy miał/a Pan/Pani wcześniej wykonywane zabiegi z zakresu medycyny estetycznej? Jeśli tak to proszę podać przybliżoną datę i okolicę zabiegu?

a) toksyna botulinowa	TAK	NIE
b) kwas hialuronowy	TAK	NIE
c) nici liftingujące	TAK	NIE
d) mezoterapia	TAK	NIE
e) osocze bogato płytkowe/fibryna	TAK	NIE
f) laseroterapia	TAK	NIE
g) peelingi	TAK	NIE
h) fala radiowa	TAK	NIE
i) inne	TAK	NIE

Data

Podpis pacjenta/Opiekuna