

Анкета состояния здоровья пациента

Имя и фамилия пациент

PESEL/НОМЕР ДОКУМЕНТА (напр.паспорта)

Дата рождения:

Чувствуете себя здоровой? ДА НЕТ

Принимаете сейчас какое-то лечение? ДА НЕТ

Если да, укажите причину:

Принимаете сейчас какие-то лекарства? ДА НЕТ

Если да, укажите какие:

Есть у Вас аллергии? ДА НЕТ

Если да, укажите на что:

Вы курите? ДА НЕТ

Если да, укажите сколько в день и как долго:

Вы беременны? ДА НЕТ

Срок беременности:

Анкета эстетической медицины к процедурам Mona Lisa, Motus, Zaffiro

Принимали ли Вы тетрациклины или изотретиноин (Accutane, Izotek)? ДА НЕТ

Если да, укажите дату последней дозы препарата

Принимаете ли Вы антикоагулянты или аспирин ДА НЕТ

Если да, укажите какие?.....

Принимаете ли Вы препараты на травах или пищевые добавки ДА НЕТ

Если да, укажите какие?

Появились у Вас когда-то на коже, обработанной процедурой, воспаления, вирусные или бактериальных инфекции? ДА НЕТ

У Вас есть склонность к длительному заживлению ран и формированию рубцов? ДА НЕТ

Вы часто загораете на солнце? ДА НЕТ



Дата последнего контакта солнце/солярий:

Вы используете автозагары? ДА НЕТ

Вы используете кремы с солнцезащитным фильтром? ДА НЕТ

Вы использовали в течении последних 4 недель кремы с ретинолом? ДА НЕТ

Вы проходили, в течении последних 7 дней другие процедуры на коже, обработанной процедурой? ДА НЕТ

Если да, укажите какие

Анкета общего состояния здоровья

Болеете ли Вы ниже перечисленными болезнями:

заболевания сердца

(инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, порок сердца, нарушения сердечного ритма, воспаление сердечной мышцы) ДА НЕТ

другие заболевания кровеносной системы

(высокое кровяное давление, низкое кровяное давление, обмороки, одышка, потеря силы) ДА НЕТ

заболевания кровеносных сосудов

(варикозное расширение вен, флебит, плохое кровообращение в конечностях, боли в ногах при ходьбе, склонность к носовым кровотечениям и к синякам, отеки, длительное заживление ран) ДА НЕТ

заболевания крови Если да, укажите какие: ДА НЕТ

заболевания легких

(эмфизема, воспаление лёгких, дыхательная недостаточность, туберкулез, астма, хронический бронхит) ДА НЕТ

заболевания пищеварительной системы (язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки, кишечные заболевания, пищевая непереносимость) ДА НЕТ

заболевания печени (желчекаменная болезнь, желтуха, цирроз печени) ДА НЕТ

заболевания мочевой системы (нефрит, почечнокаменная болезнь, затрудненное мочеиспускание, другие заболевания почек) ДА НЕТ

нарушение обмена веществ (диабет, подагра) ДА НЕТ

болезни поджелудочной железы

(гипертиреоз, гипотиреоз, **индифферентный зуб**, увеличение щитовидной железы) ДА НЕТ



Twój Doktor
Gabinety Medyczne

заболевания нервной системы (эпилепсия, парез, потеря сознания, паралич, нарушение чувствительности, миастения)

ДА НЕТ

заболевания костно-суставной системы

(радикулит, дегенеративные изменения позвоночника, суставов, состояния после переломов)

ДА НЕТ

заболевания крови и системы коагуляции

(гемофилия, анемия, склонность к кровоизлияниям, к носовым кровотечениям, длительным кровотечениям после удаления зуба)

ДА НЕТ

заболевания глаз (глаукома)

ДА НЕТ

аллергии (астма, другие аллергические заболевания, аллергические реакции на препараты)

ДА НЕТ

изменения настроения (депрессия, невроз)

ДА НЕТ

инфекционные заболевания вирусный гепатит - А, В, С, туберкулез,

ДА НЕТ

ревматологические заболевания

ДА НЕТ

остеопороз

ДА НЕТ

инфекции - как часто?: ДА НЕТ

переливание крови - как часто?: ДА НЕТ

химиотерапия или лучевая терапия -

если ДА - заверщенное лечение или во время лечения: ДА НЕТ

другие симптомы, заболевания

(напр. затруднение в глотанию, увеличение лимфатических узлов)

ДА НЕТ

Если да, укажите какие:

.....
Подпись лица, принимающего документ

.....
Дата и подпись пациента