

ANKIETA O STANIE ZDROWIA
dziecko do lat 16. - jeden rodzic

W związku z korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w zakładzie leczniczym „Fizjoterapia Kobielska”, prowadzonym przez firmę „FiRM Michał Tomaszewski” pod adresem: ul. J. Poniatowskiego 29C/1, 05-400 Otwock, posiadającą numer NIP: 1181706708 oraz REGON: 529993282, wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej oraz wpisaną do rejestru podmiotów leczniczych, numer księgi rejestrowej: 000000284018, **prosimy o uzupełnienie niniejszej ankiety o stanie zdrowia.**

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia oraz numer
PESEL pacjenta:

Adres zamieszkania pacjenta:
.....

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (rodzic, opiekun prawny):

Imię i nazwisko przedstawiciela
ustawowego:

Adres zamieszkania
przedstawiciela ustawowego:

Poniżej znajduje się ankieta o stanie zdrowia pacjenta. Prosimy o jej uważne przeczytanie i uzupełnienie zgodnie z prawdą poprzez wpisanie w odpowiedniej kolumnie słowa „TAK” (jeśli dane schorzenie lub problem zdrowotny występuje) lub „NIE” (jeśli dane schorzenie lub problem zdrowotny nie występuje). Tam, gdzie to konieczne należy odpowiednio uzupełnić ankietę.

| CHOROBY LUB PROBLEMY ZDROWOTNE, KTÓRE WYSTĄPUJĄ U PACJENTA | TAK/NIE |
|---|----------------|
| Implanty metalowe / Zespoleńia metalowe | |
| Stan zapalny | |
| Nowotwory | |
| Gorączka | |
| Zaburzenia czucia | |
| Padaczka | |
| Ciąża | |
| Choroby serca (rozrusznik) | |
| Nadciśnienie tętnicze | |
| Zaburzenia rytmu serca (migotanie przedsionków) | |
| Problemy żyłne (zakrzepica żył) | |
| Cukrzyca | |

Inne choroby lub problemy zdrowotne, które nie zostały wymienione powyżej:

Przyjmowane leki (nazwa oraz dawka):

OŚWIADCZAM, ŻE WSZYSTKIE PODANE PRZEZE MNIĘ POWYŻEJ INFORMACJE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ. MAM ŚWIADOMOŚĆ, ŻE ZATAJENIE INFORMACJI LUB PODANIE ICH W SPOSÓB NIEZGODNY Z PRAWDĄ MOŻE SKUTKOWAĆ U PACJENTA BRAKIEM POPRAWY STANU ZDROWIA, JEGO POGORSZENIEM, A W NIEKTÓRYCH PRZYPADKACH NAWET ŚMIERCIĄ.

.....
miejsowość, data, godzina i podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta

AKTUALIZACJA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

Zapoznaj się z ankietą o stanie zdrowia pacjenta, która została uzupełniona podczas pierwszej wizyty. Następnie w tabeli poniżej wskaż, czy podane informacje o stanie zdrowia pacjenta od czasu tej wizyty uległy zmianie, czy też nie.

Jeśli się zmieniły wpisz: w tabeli poniżej „ULEGŁY ZMIANIE”, jeśli się nie zmieniły wpisz „NIE ULEGŁY ZMIANIE”.

Pamiętaj, że zatajenie informacji o stanie zdrowia lub podanie ich w sposób niezgodny z prawdą może skutkować brakiem poprawy stanu zdrowia, jego pogorszeniem, a w niektórych przypadkach nawet śmiercią.

OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ Z INFORMACJAMI PODANYMI W ANKIECIE O STANIE ZDROWIA PACJENTA PODCZAS WIZYTY W DNIU _____ I WSKAZUJĘ, ŻE PODANE PRZEZE MNE INFORMACJE OD CZASU TEJ WIZYTY:

| | Uległy zmianie/nie uległy zmianie | Miejscowość, data i godzina | Podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta |
|-----|-----------------------------------|-----------------------------|--|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |
| 9. | | | |
| 10. | | | |
| 11. | | | |
| 12. | | | |