ŁUKSJA MED

ANKIETA O OGÓLNYM STANIE ZDROWIA (POZ)

Data wypełnienia: .....
Imię i nazwisko: .....
PESEL: .....

CZĘŚĆ I – WYWIAD MEDYCZNY

1. Na jakie choroby przewlekłe Pan/Pani się leczy? .....
   .....
2. Czy pozostaje Pan/Pani pod opieką poradni specjalistycznej? (proszę zaznaczyć) ☐Kardiologicznej, ☐Neurologicznej, ☐Diabetologicznej, ☐Laryngologicznej, ☐Alergologicznej, ☐Reumatologicznej, ☐Okulistycznej, ☐Chorób płuc, ☐Ortopedycznej, ☐Onkologicznej, ☐Rehabilitacyjnej, ☐Chirurgicznej, ☐Endokrynologicznej, ☐Ginekologicznej, ☐Urologicznej, ☐Innej: .....
3. Czy przebył/a Pan/Pani poważne choroby? ☐TAK, ☐NIE
   Jakie? .....
4. Czy miał/a Pan/Pani operacje? ☐TAK, ☐NIE
   Jakie? .....
5. Czy był/a Pan/Pani leczony/a w szpitalu? ☐TAK, ☐NIE
   Oddział i powód .....
6. Czy miał/a Pan/Pani poważne urazy? ☐TAK, ☐NIE
   Jakie?.....
7. Czy występują u Pana/Pani alergie?

- Leki: ☐TAK, ☐NIE
  Jakie? .....
- Pokarmy: ☐TAK, ☐NIE
  Jakie? .....
- Inne: ☐TAK, ☐NIE
  Jakie? .....

8. Czy pali Pan/Pani papierosy? ☐TAK, ☐NIE, Ile dziennie? .....
   Od ilu lat? .....
9. Czy spożywa Pan/Pani alkohol? ☐TAK, ☐NIE
   Jak często? .....
10. Czy w rodzinie występowały choroby (np. serca, nowotwory, cukrzyca, choroby genetyczne)? Proszę wskazać: Ojciec: .....

Matka: .....
Rodzeństwo: .....
Dzieci: .....

CZĘŚĆ II – BADANIA PROFILAKTYCZNE
(Proszę zaznaczyć i uzupełnić)
Cytologia ☐TAK, ☐NIE Data: ..... Wynik prawidłowy: ☐TAK, ☐NIE
Mammografia ☐TAK, ☐NIE Data: ..... Wynik prawidłowy: ☐TAK, ☐NIE
USG jamy brzusznej ☐TAK, ☐NIE Data: ..... Wynik prawidłowy: ☐TAK, ☐NIE
Kolonoskopia ☐TAK, ☐NIE Data: ..... Wynik prawidłowy: ☐TAK, ☐NIE
Gastroskopia ☐TAK, ☐NIE Data: ..... Wynik prawidłowy: ☐TAK, ☐NIE
Badania laboratoryjne ☐TAK, ☐NIE Data: ..... Wynik prawidłowy: ☐TAK, ☐NIE
RTG klatki piersiowej ☐TAK, ☐NIE Data: ..... Wynik prawidłowy: ☐TAK, ☐NIE

CZĘŚĆ III – SZCZEPIENIA
Czy był/a Pan/Pani szczepiony/a przeciw WZW typu B? ☐TAK, ☐NIE. Jeśli TAK – kiedy i ile dawek: .....

OŚWIADCZENIE PACJENTA
Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i zostały przekazane w celu właściwej diagnostyki oraz leczenia.

.....
(**podpis pacjenta**)

Skrócona informacja o przetwarzaniu danych osobowych (RODO)
Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Łuksja-Med Sp. z o.o. z siedzibą w Łukowie przy ul. Staropijarskiej 3.
Dane osobowe, w tym dane dotyczące zdrowia, przetwarzane są w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa.
Odbiorcami danych mogą być podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące przy realizacji świadczeń zdrowotnych.
Dokumentacja medyczna przechowywana jest przez okres wymagany przepisami prawa.
Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
Pełna klauzula informacyjna dostępna jest w rejestracji oraz na stronie internetowej placówki.