

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 Jakież?
4. Czy miał/a Pan/Pani operacje? TAK NIE Jakież?
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 Jakież?
7. Czy występują u Pana/Pani alergie?
 - Leki: TAK NIE Jakież?
 - Pokarmy: TAK NIE Jakież?
 - Inne: TAK NIE Jakież?
8. Czy pali Pan/Pani papierosy? TAK NIE Ile dziennie? Od ilu lat?
9. Czy spożywa Pan/Pani alkohol? TAK NIE Jak często?

Łuksja-Med Spółka z o.o.

ul. Staropijarska 3, 21-400 Łuków

email: biuro@luksja-med.plwww.luksja-med.pl

tel: (0-25) 798 72 47

NIP: 825 201-13-03 REGON: 0600275587 KRS: 0000233407

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)

KLAUZULA INFORMACYJNA (RODO)

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Łuksja-Med z siedzibą przy ul. Staropijarska 3. Pani/Pana dane osobowe, w tym dane dotyczące zdrowia, przetwarzane są w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym diagnostyki, leczenia oraz profilaktyki zdrowotnej.

Podstawą prawną przetwarzania danych jest:

art. 6 ust. 1 lit. c RODO (obowiązek prawny),

art. 9 ust. 2 lit. h RODO (przetwarzanie danych o zdrowiu w celach medycznych).

Odbiorcami danych mogą być podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące w zakresie świadczeń medycznych.

Dane będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa dotyczącymi dokumentacji medycznej.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie danych jest niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych.

Uwaga: Formularz nie wymaga wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Łuksja-Med Spółka z o.o.

ul. Staropijarska 3, 21-400 Łuków

email: biuro@luksja-med.pl

www.luksja-med.pl

tel: (0-25) 798 72 47

NIP: 825 201-13-03 REGON: 0600275587 KRS: 0000233407