

STAN ZDROWIA KLIENTA - WYWIAD

Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić wątpliwości z osobą uprawnioną. Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania dla Pani/Pana właściwego zabiegu.

1. Nazwisko i imię Klienta/teki, data urodzenia:

.....

2. Rodzaj wykonywanej pracy (fizyczna, umysłowa itd.)

3. Tryb życia:

4. Dieta:

5. Czy pali Pan/i tytoń? TAK NIE Jeśli tak, to ile i od kiedy:

.....

6. Czy w ciągu ostatnich 3 dni pił/a Pan/i alkohol? TAK NIE

7. Czy przyjmuje/przyjmował/a Pan/i w ciągu ostatnich dwóch tygodni jakieś leki? TAK NIE

Jeśli tak, to kiedy i jakie (proszę również podać dawkę i częstotliwość zażywania):

.....

.....

8. Czy przyjmuje/przyjmował/a Pan/i w ciągu ostatnich dwóch tygodni jakieś suplementy diety/witaminy? TAK NIE

Jeśli tak, to kiedy i jakie (proszę również podać dawkę i częstotliwość zażywania):

.....

.....

9. Czy przyjmuje/przyjmował/a Pan/i w ciągu ostatnich dwóch tygodni jakieś zioła? TAK NIE

Jeśli tak, to jakie (proszę również podać dawkę i częstotliwość zażywania):

.....

10. Czy używał/a Pan/i ostatnio kremów brązujących/samoopalaczy lub był/a na solarium/opalał/a się? TAK NIE Jeśli tak, to kiedy:

.....

11. Czy w okolicy zabiegowej używał/a Pan/i ostatnio jakiś kosmetyków/preparatów TAK NIE

Jeśli tak, to jakich i kiedy:

12. Czy jest Pan/i na coś uczulony/a? TAK NIE

Jeśli tak to na co:

13. Czy występują u Pana/i:

duszność TAK NIE obrzęki TAK NIE

pokrzywka TAK NIE swędzenie TAK NIE

14. Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył/a się Pan/i w szpitalu lub przechodził/a jakiś zabieg/operację?

TAK NIE Jeśli tak to z jakiego powodu:

.....

15. Czy aktualnie się Pan/i na coś leczy TAK NIE

Jeśli tak to na co:

16. Czy kiedykolwiek korzystał/a Pan/i z zabiegów z zakresu medycyny/kosmetologii estetycznej?

TAK NIE Jeśli tak, to kiedy i jaki był to rodzaj zabiegu?

.....

.....

.....

17. Czy po zabiegu wystąpiły jakieś powikłania? Skutki uboczne? TAK NIE

Jeśli tak, to kiedy i jakie?

.....

.....

18. Czy w miejscu planowanego zabiegu występują u Pana/i jakiegokolwiek anormalne/zmiany skórne

lub schorzenia skóry? TAK NIE Jeśli tak, to jakie?

.....

.....

19. Czy ma Pan/i ma skłonność do krwawień? TAK NIE

20. Czy miał/a Pan/i epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK NIE

21. Czy ma Pan/i rozrusznik serca, metalowe implanty? TAK NIE

22. Czy choruje Pan/i lub w przeszłości chorował/a na którąś z następujących chorób?

choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego)		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu)		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit)		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
choroby wątroby (kamica, żółtaczka, marskość wątroby)		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa)		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne)		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
choroby układu nerwowego (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach)		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
zmiany nastroju (depresja, nerwica)		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
choroby zakaźne		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
żółtaczka zakaźna A	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	AIDS	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
żółtaczka zakaźna B	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	gruźlica	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
żółtaczka zakaźna C	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	choroby weneryczne	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
choroba reumatyczna		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
osteoporoza		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
choroby skóry (łuszczyca, bielactwo)		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	

Inne dolegliwości jakie?

.....

23. Kiedy i jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi

Pytania dotyczące kobiet:

24. Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE Jeśli tak to w którym tygodniu:

.....

25. Czy karmi Pani piersią? TAK NIE

26. Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?

27. Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? TAK NIE

Czy ma Pan/i jakieś inne uwagi odnośnie swojego zdrowia (w przypadku braku uwag należy wpisać BRAK UWAG):

.....
.....
.....
.....

OŚWIADCZENIE KLIENTA/TKI

Udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na zadawane mi pytania w trakcie wywiadu zdrowotnego, dotyczące mojego stanu zdrowia, przyjmowanych przeze mnie leków, przebytych urazów oraz udzielonych dotychczas świadczeń zdrowotnych, zabiegów kosmetycznych i estetycznych. Zostałam/em poinformowany, że zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji traktowane jest jako przyczynienie się Klienta do powstania szkody.

Zobowiązuję się do zgłoszenia osobie wykonującej zabieg wszelkich zmian w moim stanie zdrowia najpóźniej w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

.....

(czytelny podpis Klienta/teki)

