

NZOZ ENDO-MED STOMATOLOGIA Michał Łęski
ul. Jędrowizna 5, 92-007 Łódź, tel. 601052398



Imię i Nazwisko:

Nr pesel:

Adres:

Tel:

Data zgłoszenia:

Drogi Pacjencie!

Proszę **dokładnie wypełnić WSZYSTKIE rubryczki**. W przypadku: stwierdzonych chorób, przyjmowania określonych leków, chorób innych niż wymienione poniżej w wywiadzie lekarskim – **proszę zrobić notatki w uwagach**.

Dziękuję

CHOROBY	NIE	TAK	NIE WIEM	UWAGI
Alergiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy była Pani/Pan w szpitalu w ciągu ostatnich 2 lat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy w ciągu ostatnich lat był wykonywany:			
Drobny zabieg (np. usunięcie brodawki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operacja (Jaka? Kiedy?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zabieg kosmetyczny (przekłuwanie uszu, tatuaż, depilacja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dziedziczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infekcyjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WZW B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WZW C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przedłużone krwawienie np. po skaleczeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niewydolność nerek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okulistyczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatyczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroba wieńcowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przebyty zawał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stan po operacji serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Układu krążenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miażdżyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nadciśnienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niewydolność krążenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Układu nerwowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>