

<b>Układu pokarmowego</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Nadkwasota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Zaburzenia hormonalne</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>INNE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Ciąża	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Padaczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>PRZECIWSKAZANIA</b>				.....
<b>Alergia na leki (jakie?)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Penicylina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Alergia na materiały stomatologiczne</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Alergia na akryl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Alergia na nikiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Alergia na złoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Może być poddany znieczuleniu</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>Przyjmuje na stałe leki (jakie?)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lista przyjmowanych leków ..... ..... .....

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.  
Wszystkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej zobowiązuje się zgłosić przy najbliższej wizycie.  
Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej i wykorzystania jej do potrzeb leczenia i prac naukowych.  
Wyrażam zgodę na wykonywanie i przechowywanie dokumentacji rtg w tutejszej placówce.  
Wyrażam zgodę na przetwarzanie (przechowywanie, korzystanie) moich danych osobowych (nazwisko, adres, numer telefonu, nr pesel) w tutejszej placówce.  
Podane przez Państwa dane i wykonana dokumentacja fotograficzna objęte są tajemnicą lekarską.

Wyrażam zgodę (nie wyrażam zgody) na udostępnienie mojej dokumentacji medycznej osobie upoważnionej. **(właściwie zakreślić)**

**Imię i Nazwisko osoby upoważnionej:** .....

**Data urodzenia osoby upoważnionej:** .....

**Adres osoby upoważnionej:** .....

.....

**Nr tel. osoby upoważnionej:** .....

.....  
Data i podpis pacjenta