

Szanowni Państwo

Dziękujemy za złożenie deklaracji pacjenta – podopiecznego Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej Przychodni Lekarskiej ORLIK.

Podczas pierwszej planowej wizyty u wybranego przez Państwa lekarza, zostaniecie Państwo poproszeni o przekazanie informacji pozwalających prawidłowo zaplanować opiekę Poradni Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Z uwagi na zakres tych informacji i ich wagę dla odpowiedniego postępowania diagnostyczno – leczniczego, prosimy o wcześniejsze przygotowanie informacji dotyczących poniższych zagadnień i przekazanie ich lekarzowi podczas pierwszej planowej wizyty.

Prosimy o przyniesienie na pierwszą planową wizytę:

- kart informacyjnych o odbytego leczenia szpitalnego,
- badań laboratoryjnych wykonywanych ostatnio,
- badań dodatkowych (badania rentgenowskie, badania USG, inne) wykonywanych poza Przychodnią Lekarską ORLIK,
- innych dokumentów opisujących stan Państwa zdrowia.

Wszelkie informacje przekazane przez Państwa są objęte tajemnicą medyczną i nie będą ujawniane osobom trzecim. W miejscach [] proszę wybrać właściwą odpowiedź i narysować znak X

Z poważaniem

Dyrektor Przychodni Lekarskiej ORLIK

Anna Boguradzka

1. Czy w rodzinie występują:

choroby układu krążenia []nie []tak - jakie..... u kogo?.....
choroby nowotworowe []nie []tak - jakie..... u kogo?.....
choroby metaboliczne []nie []tak - jakie..... u kogo?.....
inne choroby dziedziczne []nie []tak - jakie..... u kogo?.....

2. Choroby przewlekłe u Pacjenta.

Proszę wymienić stawiane wcześniej przez innych lekarzy rozpoznania chorób i datę ich stwierdzenia.

3. Pobyty w szpitalach - Proszę wymienić daty pobytów w szpitalach i ich przyczyny.

4. Przebyte zabiegi chirurgiczne - Proszę wymienić zabiegi chirurgiczne wykonane w przeszłości

5. Przebyte szczepienia - Proszę wymienić wszystkie szczepienia i podawane surowice

6. Uczulenia na leki, pokarmowe, skórne - Proszę wymienić wszystkie stwierdzone wcześniej przypadki uczulenia na leki, pokarmy, substancje chemiczne

7. Uzależnienia – używki, leki - Proszę wymienić stosowane używki określając częstość ich stosowania.

Czy pali Pan/Pani papierosy? nie tak - ile dziennie?

Czy nadużywa Pan/Pani alkoholu? nie tak

Czy jest Pan/Pani uzależniona od narkotyków? nie tak

Czy jest Pan uzależniony od leków lub i innych substancji nie tak - jakich?

.....

8. Stosowane przewlekle leki - Proszę wymienić leki przyjmowane na stałe (lek – dawka)

LEK	DAWKA	LEK	DAWKA

9. Warunki socjalno – bytowe - Proszę opisać posiadane warunki mieszkaniowe wpływające na Państwa stan zdrowia.

Mieszkanie Dom Metraż - Liczba osób wspólnie zamieszkałych -

Stopień pokrewieństwa osób wspólnie zamieszkałych

Warunki sanitarno- higieniczne:

Mieszkanie: suche wilgotne widne ciemne słoneczne niesłoneczne wodociąg

C.O. piec kaflowy kuchnia węglowa kuchnia gazowa(elektryczna)

WC w domu WC poza domem łazienka

Uzależnienia u członków rodziny wspólnie zamieszkających: nie tak - jakie?

Czy w rodzinie występuję przemoc? nie tak

Praca: umysłowa fizyczna zmianowość bezrobotny(a) emeryt rencista

Status materialny : dobry średni zły

10. Występowanie czynników ryzyka – Proszę zaznaczyć właściwe

- Bezrobocie, nieokreślone
- Stresowe warunki pracy
- Niski dochód
- Otyłość
- Zaburzenia cholesterolowe - dyslipidemie
- Używanie papierosów
- Brak ćwiczeń fizycznych
- Nieodpowiednie zwyczaje dietetyczne
- Obciążenie rodzinne nowotworami złośliwymi
- Nowotwór złośliwy w wywiadzie dotyczącej danej osoby
- Chroniczny ból przewlekły
- Bezdopnia
- Złe warunki mieszkaniowe
- Samotność
- Zniknięcie i zgon członka rodziny
- Stres niesklasyfikowany gdzie indziej
- Problemy związane z zależnością od opiekuna
- Niedostosowanie edukacyjne i brak zgodności z nauczycielami i kolegami szkolnymi
- Niewystarczające zabezpieczenie socjalne i wsparcie opieki społecznej
- Nieadekwatny nadzór rodzicielski i kontrola
- Osoba oczekująca na przyjęcie do odpowiedniej placówki gdzie indziej