



În dorința clinicii noastre de a pregăti cât mai bine consultația dvs vă rugăm să completați fișa de mai jos și să o aduceți cu dvs în ziua consultației

Consultația dvs este programată în data de _____ la ora _____

FIȘA PACIENTULUI

Informații confidențiale: Informațiile cuprinse în acest document nu vor fi publicate decât dacă este primit acordul tău. Aceste informații vor fi utilizate de medicul curant în scopul îngrijirii tale.

Ziua curentă: _____

Numele pacientului: _____

Numele părintelui sau al îngrijitorului legal (pentru minori): _____

Adresa: _____

Orasul: _____ Județul: _____

Numărul de telefon: Acasă: _____ Celular: _____ Servici: _____

Adresa de e-mail: _____ vă rugam să bifați: se poate folosi nu se poate folosi

Data nașterii: _____ Vârsta: _____ Înălțimea: _____ Masculin Feminin

Starea civilă: Celibatar Vaduv(ă) Divorțat(ă) Separat(ă)

Angajatorul (dacă pacientul este minor, angajatorul parintelui): _____

Adresa angajatorului: _____ Telefonul: _____

Numele medicului de familie: _____

Adresa medicului de familie : _____ Telefonul: _____

Sănătatea dvs este foarte importantă pentru noi. Cât știm mai multe despre tine cu atât mai bine te putem trata.
Te rugăm să completezi informațiile din paginile următoare cât mai complet posibil.

Ce te aduce în clinica noastră? Te rugăm să exprimi cât mai detaliat posibil. _____

De cât timp te preocupă acest lucru ? _____

Ați beneficiat de alte tratamente anterioare pentru această problemă? _____

Dacă DA, cum și unde ați fost tratat? _____

Evaluarea stării de sănătate:

Ați suferit sau suferiți de următoarele? (vă rugăm să bifați sau nu)

	DA	NU		DA	NU
Sida sau HIV pozitiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatită	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensiune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neregularități de ritm cardiac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dureri de spate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrene, dureri de cap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tromboze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Căderi nervoase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sângerări	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme cu nasul/traheea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme respiratorii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme psihiatrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Febră reumatică	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dureri toracice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apnee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer de piele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme cu ochii/urechile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme cu stomacul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atacuri de cord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme de sănătate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme cu tiroida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Murmur cardiac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculoză	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitații de inimă	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfuzii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trecut, familie si/sau istoric de sănătate:

Lista spitalizarilor si/sau intervenții chirurgicale , inclusiv data: _____

Sunteți alergic sau ați avut vreodată reacții la medicamente; anestezii locale: sau anestezii generale? Dacă da, vă rog să indicați lista medicamentelor și tipul de reacție: _____

lei sau ai luat cu regularitate medicamente(aspirină, anticoncepționale, medicamente homeopate, vitamine, etc)?
lau în mod curent: _____

Am luat în mod curent: _____

Porți lentile de contact: _____

Ai probleme cu uscarea ochilor? _____

Folosiți picături de ochi? _____

Dacă da, cot de des și de cât timp le utilizați? _____

Ai luat sau luați medicamente pentru alergii, dificultăți de respirație, probleme cu sinusurile sau alte probleme cu nasul? Dacă da, vă rugăm să le citați: _____

Fumați în mod curent? Da Nu

Dacă da, câte pachete pe zi? _____ De câți ani? _____

Ai fumat vreodată? Da Nu

Dacă da, câte pachete pe zi? _____ Câți ani? _____

Consumați alcool? Da Nu

Dacă da, cât de mult? _____ Câți de des? _____

Aveți rude care au avut cancer la sân? Da Nu

Dacă da, cine? _____

Ai făcut o mamografie? Da Nu Dacă da, când ai făcut-o pe ultima? _____

Ai fost expus (ă) la următoarele:

Radiații: Da Nu

Excese de băi de soare: Da Nu

Tu sau membrii tăi de familie aveți probleme cu coagularea sângelui? Da Nu

Tu sau membrii tăi de familie vă învinețiți ușor? Da Nu

Ai avut probleme cu cicatrizări urâte sau cu formarea de cheloizi după tăieturi? Da Nu

Tu sau membrii tăi de familie ați avut probleme de anestezie? Da Nu

Starea ta de sănătate este bună? Da Nu

Ai avut probleme psihiatrice, căderi nervoase sau sub îngrijirea unui psihiatru? Da Nu

Din ce surse ai aflat despre noi?

Prietena mea, _____ mi-a vorbit despre Dr. _____

Doctorul meu, _____ mi-a vorbit despre clinică.

Locația clinicii este în drumul spre casa sau servicii.

Am găsit numărul de telefon al clinicii în Pagini Aurii.

Medicul _____ mi-a recomandat clinica.

Am auzit reclama la radio _____

Am văzut reclama în revista _____

Am vizitat pagina de web a clinicii.

Vă mulțumim că ați acordat timp completării acestui formular.
Vă rugăm amintiți-vă să aduceți acest formular în ziua consultației.