



„Uzdrowisko Horyniec” Sp. z o.o.
37-620 Horyniec-Zdrój, ul. Sanatoryjna 3
Tel. 16 631 30 88, fax. 16 631 33 55

KARTA – WYWIAD PACJENTA

Karta Pacjenta jest częścią dokumentacji medycznej każdego Pacjenta korzystającego z usług „Uzdrowiska Horyniec” Sp. z o.o. i jest objęta tajemnicą lekarską. Uprzejmie prosimy o dokładne przeczytanie i wypełnienie Karty Pacjenta, która pozwoli zapewnić Państwu prawidłowy proces rehabilitacyjny.

Nazwisko i imię:

PESEL:

Proszę przeczytać poniższe pytania, następnie zakreślić kółkiem właściwą odpowiedź i podkreślić występujące u Pana/Pani choroby. Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć kółeczkiem.

1. Wiek:lat			
2. Czy choruje lub chorował (-a) Pan(-i) na niżej wymienione choroby:			
a) serca – np. przebyty zawał (kiedy.....)	TAK	NIE	NIE WIEM
b) choroba niedokrwienne	TAK	NIE	NIE WIEM
c) nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE	NIE WIEM
d) choroby naczyń np. żylaki	TAK	NIE	NIE WIEM
e) cukrzyca, leki doustne, insulinoterapia	TAK	NIE	NIE WIEM
f) gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli	TAK	NIE	NIE WIEM
g) choroby żołądka np. choroba wrzodowa, zapalenie	TAK	NIE	NIE WIEM
h) choroby wątroby np. żółtaczkę, stłuczenie, marskość	TAK	NIE	NIE WIEM
i) zapalenia nerek, kamica, trudności w oddawaniu moczu	TAK	NIE	NIE WIEM
j) tarczycy np. wole obojętne, nadczynność, niedoczynność	TAK	NIE	NIE WIEM
k) padaczka	TAK	NIE	NIE WIEM
l) choroby nowotworowe (kiedy.....)	TAK	NIE	NIE WIEM
m) udar mózgu (kiedy.....)	TAK	NIE	NIE WIEM
n) choroby krwi	TAK	NIE	NIE WIEM
o) uczulenia	TAK	NIE	NIE WIEM
p) zawroty głowy, zaburzenia równowagi	TAK	NIE	NIE WIEM
3. Inne schorzenia nie wymienione wyżej:			
4. Jakie leki przyjmuje Pan/i obecnie:			
5. Oświadczam, że dane zawarte w Karcie są zgodne z prawdą. Data i czytelny podpis pacjenta/pacjentki			



„Uzdrowisko Horyniec” Sp. z o.o.
37-620 Horyniec-Zdrój, ul. Sanatoryjna 3
Tel. 16 631 30 88, fax. 16 631 33 55

KARTA WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO

(obejmuje okres 6 miesięcy przed przyjęciem pacjenta do uzdrowiska)

Nazwisko i imię:

PESEL:

Data przyjęcia do uzdrowiska:

Data wyjazdu:

NUMER HISTORII CHOROBY:

Przebyta żółtaczką, WZW	TAK	NIE	Czas zachorowania:	
Leczenie w innych placówkach służby zdrowia	TAK	NIE	Nazwa i adres placówki: Czas pobytu:	
Otrzymane iniekcje, kroplówki, transfuzje	TAK	NIE	Miejsce i data wykonania:	
Wykonane badanie endoskopowe	TAK	NIE	Miejsce i data wykonania badania:	
Wykonane zabiegi ginekologiczne, urologiczne	TAK	NIE	Miejsce i data wykonania badania:	
Wykonane zabiegi stomatologiczne	TAK	NIE	Miejsce i data wykonania zabiegu:	
Wykonane zabiegi okulistyczne (pomiar RR gałki ocznej, usunięcie ciała obcego itp.)	TAK	NIE	Miejsce i data wykonania zabiegu:	
Wykonane zabiegi naruszające ciągłość powłok skórnych, penetrujące tkanki (pobieranie krwi, punkcja, biopsje, szczepienia, akupunktura, operacje itp.)	TAK	NIE	Miejsce, data i rodzaj zabiegu:	
Kontakt z chorym na WZW w przeciągu 6 ostatnich miesięcy	TAK	NIE	Miejsce i data kontaktu:	
Korzystanie z usług gabinetów kosmetycznych, fryzjerskich (przekłuwanie uszu, manicure, pedicure, golenie, tatuaże, oczyszczanie skóry itp.)	TAK	NIE	Miejsce i data korzystania z usług gabinetów:	
Szczepienia przeciwko WZW	TAK	NIE	Ilość dawek i data wykonania:	

- odpowiednie proszę zakreślić kółkiem.

POUCZENIE:

- 1) Nie ujawnienie przez pacjenta zarażenia wirusem HIV, skutkuje narażeniem innej osoby takim zarażeniem zagrożone jest karą pozbawienia wolności do lat 3.
- 2) Nie ujawnienie przez pacjenta choroby wenerycznej lub zakaźnej, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub realnie zagrażającej życiu, narażającej bezpośrednio inną osobę za zarażenie taką chorobą, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/pacjentki