

PACIENTO (JO ATSTOVO) REGISTRACIJOS ANKETA

Vardas, pavardė

Gimimo data

Telefono nr.

DUOMENYS APIE PACIENTO SVEIKATOS BŪKLĘ

1. Ar šiuo metu esate sveikas? Taip Ne

2. Ar šiuo metu gydotės? Taip Ne

Jei taip, nuo kokios ligos?

.....
.....

3. Ar šiuo metu vartojate kokius nors vaistus? Taip Ne

Jei taip, nurodykite kokius

.....
.....

4. Jūsų šeimos gydytojo pavardė, gydymo įstaiga

.....

5. Ar Jūs per paskutinius 5 metus gydėtės stacionare, ar buvote operuotas? Taip Ne

Kokia tai buvo liga/operacija?

.....

6. Pažymėkite jei kada nors sirgote tokiomis ligomis:

aukštas kraujospūdis

žemas kraujospūdis

miokardo infarktas

insultas

širdies stimulatorius

širdies vožtuvų protezavimas

sinusitas

bronchitas, plaučių uždegimas

bronchinė astma

tuberkuliozė

seilių liaukų ligos

skrandžio, žarnyno ligos

inkstų ligos

hepatitas A, B, C (gelta)

cukrinis diabetas

kraujo krešėjimo sutrikimai

imuninės sistemos ligos

reumatas

epilepsija

ŽIV infekcija, AIDS

gerybiniai augliai

piktybiniai augliai

7. Ar esate alergiškas vietiniams anestetikams? Taip Ne

Jei taip, nurodykite kokiems

.....

8. Ar esate alergiškas antibiotikams? Taip Ne

Jei taip, kokiems

.....

9. Pažymėkite, jeigu esate alergiškas:

jodui

plombavimo medžiagoms

kita

chlorui

plastmasėms

lateksui

metalams

10. Ar rūkote? Taip Ne

11. Klausimas moterims. Pažymėkite jeigu:

naudojate kontraceptines priemones

esate nėščia

maitinate kūdikį krūtimi

12. Ar turėjote su dantų gydymu susijusių komplikacijų? Taip Ne

.....

13. Kita svarbi informacija, kurią turėtų žinoti Jūsų gydytojas:

.....

Savo parašu patvirtinu, kad visa mano nurodyta informacija yra teisinga.

Vardas, pavardė, parašas

.....

SUPAŽINDINIMAS SU ĮSTAIGOS VIDAUS TVARKOS TAISYKLĖMIS

Aš, _____ asmens kodas _____
(paciento arba jo atstovo vardas, pavardė), atstovaujantis(-ti) save/globojamą asmenį (nurodyti-
dukra/sunūs ar kt.) _____
(globojamo asmens vardas, pavardė)

Esu supažindintas(-ta) su įstaigos vidaus taisyklėmis:

1. Pacientų kreipimosi tvarka;
2. Nemokamų paslaugų nomenklatūra ir asortimentu, jų teikimo tvarka;
3. Pacientų teisėmis ir pareigomis;
4. Pacientų siuntimo į kitas sveikatos priežiūros įstaigas tvarka;
5. Ginčų ir konfliktų tarp įstaigos ir paciento sprendimo tvarka;
6. Informacijos pacientui ir jo artimiesiems apie paciento sveikatos būklę teikimo tvarka;
7. Ambulatorinių kortelių, kitų medicininių dokumentų nuorašų išdavimo pacientui ar kitiems asmenims tvarka;
8. Pacientų turimų dirbinių iš brangiųjų metalų, brangių protezų ir pinigų registravimo ir saugojimo tvarka;

(data)

(parašas)

INFORMACIJOS TEIKIMO APIE ASMENĮ SUTIKIMO BLANKAS

Aš, _____
(paciento/ jo atstovo vardas, pavardė, telefono numeris)

Sutinku, kad informacija apie mane/mano globojamą asmenį (pabraukti) (nurodyti – dukra/sunūs ar kita.)

(globojamo asmens vardas pavardė, telefono numeris)

Sveikatos būklę, diagnozę, prognozes ir gydymą būtų teikima ŠIEMS ASMENIMS:

(vardas, pavardė, telefono numeris)

(vardas, pavardė, telefono numeris)

(vardas, pavardė, telefono numeris)

(vardas, pavardė, telefono numeris)

(data)

(parašas)