Kwestionariusz zdrowotny- terapia hiperbaryczna

Ja, niżej podpisany potwierdzam, że wprowadzone przeze mnie dane są poprawne. Wyrażam zgodę, żeby dane były wykorzystywane przez N.S.Z.O.Z. Trauma-Dent

**Jestem świadomy, że terapia hiperbaryczna nie zastępuje wszystkich zabiegów medycznych. Wiem, że należy skonsultować się z lekarzem odnośnie swojego stanu zdrowia. Jestem świadomy przeciwskazań.**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię ………………………………………………………….. | Telefon ……………………………………………………. |
| Nazwisko………………………………………………….. | E-Mail ……………………………………………………… |
| Adres………………………………………………………… | Płeć M K |

Celem tego kwestionariusza zdrowia jest odpowiedzenie na pytanie czy potrzebne jest badanie lekarskie przed zabiegiem hiperbarycznym.

Na poniższe pytania proszę odpowiedzieć tak lub nie. W przypadku, gdy odpowiedź na jedno z pytań jest twierdząca, należy skonsultować się z lekarzem i uzyskać zaświadczenie lekarskie dotyczące przydatności zabiegu hiperbarycznego w tym przypadku.

Czy aktualnie przyjmujesz któryś z wymienionych leków?:

Doxorubicin hydrochloride (Adriamycin)………….. tak/nie

Bleomycin…………………………………………………………. tak/nie

Cisplatyna…………………………………………………………. tak/nie

Disulfiram (Antabus)…………………………………………. tak/nie

Oktan Mefanide (Sulfamylon)…………………………… tak/nie

Czy masz nieleczoną odmę?…………………………………….. tak/nie

Czy masz jakieś zaburzenia psychiczne?....................... tak/nie

Czy jesteś osobą niepełnosprawną fizycznie? ………….. tak/nie

Oświadczam, że zawarte informacje na temat mojego stanu zdrowia są dokładne i że w razie jakichkolwiek zmian poinformuję o tym operatora.

……………………………………………………………. …..………………………………………………….

Podpis Data