

KARTA INFORMACYJNA

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Imię i nazwisko opiekuna prawnego:

PESEL:

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

- | | |
|--|---------|
| - choroby serca | TAK/NIE |
| - choroby układu krążenia..... | TAK/NIE |
| - choroby krwi i układu krzepnięcia..... | TAK/NIE |
| - zaburzenia przemiany materii (np. cukrzyca)..... | TAK/NIE |
| - choroby metaboliczne..... | TAK/NIE |
| - choroby genetyczne..... | TAK/NIE |
| - wady wrodzone..... | TAK/NIE |
| - choroby układu pokarmowego (żołądek, jelita, wątroba)..... | TAK/NIE |
| - choroby nowotworowe..... | TAK/NIE |
| - choroby skóry..... | TAK/NIE |
| - alergię..... | TAK/NIE |
| - choroby zakaźne, wirusowe, bakteryjne..... | TAK/NIE |
| - aktywna infekcja..... | TAK/NIE |
| - gorączka w przebiegu ostatnich 24 godzin..... | TAK/NIE |
| - zabiegi operacyjne..... | TAK/NIE |
| - przyjmowane na stałe leki..... | TAK/NIE |
| - szczególne zalecenia lekarskie..... | TAK/NIE |
| - szczególne przeciwwskazania lekarskie..... | TAK/NIE |
| - nieprawidłowe wyniki badań..... | TAK/NIE |

UWAGI:

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO

Niniejszym oświadczam, iż podane powyżej informacje o stanie zdrowia pacjenta są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Wyrażam zgodę na leczenie w poradni rehabilitacyjnej.

Data:

Podpis opiekuna prawnego: