



Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____ data ur. _____

Adres zamieszkania: _____

Telefon kontaktowy: _____

Adres e-mail: _____

Bonifraterskie Centrum Medyczne

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany, niniejszym upoważniam Panią/Pana _____,

adres _____,

tel. numer _____ */nie upoważniam nikogo* do:

- Informowania o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych przez tutejszą placówkę Podstawowej Opieki Zdrowotnej;
- Uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej z tutejszej placówki Podstawowej Opieki Zdrowotnej;
- Odbioru moich recept / skierowań / zaświadczeń i orzeczeń lekarskich*;
- Odbioru moich zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

KRAKÓW, dn. _____

Podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzanie konsultacji lekarskich, badań diagnostycznych oraz udzielanie innych świadczeń zdrowotnych, na zasadach określonych w rozdz. 5 Ustawy z dn. 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w:

**Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej
Bonifraterskie Centrum Medyczne sp. z o.o., Oddział w Krakowie
ul. Trynitarzka 4, 31- 061 Kraków**

KRAKÓW, dn. _____

Podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **nie wyrażam / wyrażam*** dobrowolną zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych przez Bonifraterskie Centrum Medyczne sp. z o. o., Oddział w Krakowie w celach promocyjnych i marketingowych. Ponadto **nie wyrażam / wyrażam*** zgodę na przesyłanie za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w szczególności poczty elektronicznej skierowanej do mnie informacji handlowej. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, podanie danych osobowych jest dobrowolne zgodnie z Ustawą o Ochronie danych Osobowych (Dz.U.1000 z 10 maja 2018 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

KRAKÓW, dn. _____

Podpis pacjenta

* - niewłaściwe skreślić

Jestem*/nie jestem* emerytem*/rencistą*, nr leg.: _____

Data wystawienia: _____

Uprawnienia dodatkowe:

Honorowy dawca krwi (ZK), nr leg.: _____ data wystawienia: _____

Inne (np. IB, IW) nr leg./decyzji: _____ data wystawienia: _____

Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu _____

nr decyzji: _____ data wystawienia: _____

I. AKTUALNIE STOSOWANE LEKI:

Lp.	Nazwa leku	Dawka	Rano	Południe	Wieczór	Uwagi
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						

II. ALERGIE (UCZULENIA I NIETOLERANCJE LEKÓW, POKARMÓW I INNYCH):

KRAKÓW, dn. _____

Podpis pacjenta

* - niewłaściwe skreślić

WYDANIE V, 03.01.2024

III. CHOROBY PRZEWLEKŁE

Jeżeli chorujesz na choroby przewlekłe uzupełnij odpowiednie rubryki, podaj od kiedy się na nie leczysz

1. **Choroby układu krążenia** (np. nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, niewydolność serca, migotanie przedsionków, inne arytmie, wady zastawek/wady serca, miażdżyca, tętniaki, żylaki)

2. **Choroby układu oddechowego** (np. astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc [POChP], rozedma)

3. **Choroby układu pokarmowego** (np. refluks, choroba wrzodowa, zespół jelita drażliwego, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniewskiego-Crohna, choroby wątroby, trzustki, kamica żółciowa)

4. **Choroby endokrynologiczne, metaboliczne** (np. cukrzyca, choroby tarczycy, przytarczyc, przysadki, dna mocz.)

5. **Choroby nowotworowe** (np. rak jelita grubego, piersi, jajnika, szyjki macicy, prostaty, płuca, wątroby, czerniak)

6. **Choroby układu krwiotwórczego** (np. anemia, zaburzenia krzepnięcia, białaczka, chłoniak)

7. **Choroby układu moczowego i rozrodczego** (np. przewlekła niewydolność nerek, torbiele nerek, kamica nerek, nietrzymanie moczu, zespół nerczycowy, choroby jajników, przerost prostaty, choroby jąder)

8. **Choroby reumatologiczne** (np. zmiany zwyrodnieniowe stawów, osteoporoza, reumatoidalne zapalenie stawów [RZS], fibromialgia)

9. **Choroby skóry** (np. trądzik, łuszczyca, atopowe zap. skóry [AZS], pokrzywka, brodawki, owrzodzenia)

10. **Choroby oka i ucha** (np. wady wzroku, zaćma, jaskra, alergiczne zap. spojówek, niedosłuch)

11. **Choroby zakaźne, pasożytnicze** (np. przewlekłe WZW, zakażenie HIV, gruźlica, kiła, rzeżączka, glistnica)

12. **Choroby układu nerwowego i psychiczne** (np. migrena, zawroty głowy, padaczka, ch. Parkinsona, ch. Alzheimerera, demencja, stwardnienie rozsiane, nerwica, depresja, zab. lękowe, schizofrenia, anoreksja, bulimia)

IV. WYWIAD GINEKOLOGICZNY (dotyczy kobiet)

Pierwsza miesiączka _____; ostatnia miesiączka _____; czas trwania cyklu _____;
liczba ciąż _____; liczba porodów _____; sposób porodu (siłami natury/cięcie cesarskie).

V. PRZEBYTE CHOROBY, URAZY, HOSPITALIZACJE I ZABIEGI OPERACYJNE

Jakie choroby/urazy przebyłeś(aś) w przeszłości? (np. zawał m. sercowego, udar mózgu, żółtaczka, złamania, wypadek komunikacyjny) _____

Czy kiedykolwiek przebywałeś(aś) w szpitalu (kiedy, gdzie i z jakiego powodu?) _____

Czy miałeś(aś) wykonywane zabiegi operacyjne (kiedy i jakie?) _____

VI. NAŁOGI

1. **Papierosy/e-papierosy/fajka** – czy obecnie palisz? _____; od ilu lat? _____; ile dziennie? _____; czy próbowałeś(aś) rzucić palenie? _____; ile razy? _____. Jeżeli paliłeś(aś) w przeszłości, to ile lat? _____ ile dziennie? _____; od kiedy nie palisz? _____.
2. **Alkohol** – ile razy w tygodniu pijesz alkohol? _____; Jaki rodzaj alkoholu pijesz? _____ jaką ilość alkoholu przeciętnie wypijasz? _____; Czy brałeś(aś) udział w leczeniu odwykowym?
3. **Narkotyki/dopalacze** – czy używasz narkotyków lub substancji psychoaktywnych? _____ Jakich? _____; Czy brałeś(aś) udział w leczeniu odwykowym? _____
4. **Inne** – uzależnienie od innych substancji – np. **leki nasenne, uspokajające** _____

VII. SZCZEPIENIA

Czy szczepiłeś(aś) się przeciwko jakimś chorobom (np. WZW, COVID, grypie, pneumokokom, meningokokom, durowi brzuszemu, odkleszczowemu zap. mózgu?) Kiedy? Ile razy? Jakim preparatem? _____

VIII. REHABILITACJA

Czy kiedykolwiek byłeś(aś) objęty(a) leczeniem rehabilitacyjnym? _____ Gdzie, kiedy i z jakiego powodu? _____

IX. POBYTY W SANATORIUM

Czy kiedykolwiek przebywałeś(aś) w sanatorium? Gdzie i kiedy? _____

X. WYWIAD RODZINNY

Czy w Twojej rodzinie występowały (i u kogo) choroby dziedziczne (genetyczne)? _____

_____ alergiczne? _____

nowotworowe? _____

XI. WARUNKI MIESZKANIOWE

Dom jednorodzinny*/wielorodzinny*/mieszkanie*; liczba współmieszkańców _____

XII. WARUNKI PRACY

Wykształcenie _____, zawód wykonywany _____, staż pracy _____

Powyższe dane są objęte ochroną danych osobowych zgodnie z Ustawą o Ochronie danych Osobowych (Dz.U.1000 z 10 maja 2018 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

KRAKÓW, dn. _____

Podpis pacjenta