

KARTA PACJENTA - USŁUGI KROPLÓWKI WITAMINOWEJ

Dane Pacjenta: Imię i Nazwisko: _____

Data urodzenia: // _____

Adres: _____

Nr telefonu: _____

E-mail: _____

Historia Medyczna:

1. Czy jesteś obecnie pod opieką lekarza? [] Tak [] Nie Jeśli tak, proszę podać nazwę lekarza i powód opieki:

2. Czy masz jakieś istniejące choroby lub schorzenia? [] Tak [] Nie Jeśli tak, proszę podać nazwę choroby lub schorzenia:

3. Czy jesteś uczulony na jakiegokolwiek leki lub substancje? [] Tak [] Nie Jeśli tak, proszę podać nazwy leków lub substancji oraz reakcje alergiczne:

4. Czy jesteś w ciąży lub karmisz piersią? [] Tak [] Nie Jeśli tak, proszę podać tydzień ciąży lub wiek dziecka:

5. Czy bierzesz obecnie jakieś leki (w tym suplementy diety)? [] Tak [] Nie Jeśli tak, proszę podać nazwy leków lub suplementów:

Historia dotycząca kroplówek witaminowych: 6. Czy miałeś/-aś wcześniej kroplówki witaminowe? [] Tak [] Nie Jeśli tak, proszę podać, jakie witaminy były podawane i dlaczego:

7. Czy istnieją konkretne witaminy lub składniki, które chciałbyś/-abyś zawrzeć w kroplówce? [] Tak [] Nie Jeśli tak, proszę podać preferowane witaminy lub składniki:

Deklaracja Pacjenta:

Oświadczam, że udzieliłem/-am prawdziwych i kompletnych informacji na temat mojego stanu zdrowia i historii medycznej. Rozumiem, że kroplówki witaminowe mogą mieć różne skutki uboczne i ryzyko, i zgadzam się na ich przeprowadzenie.

Data: // _____

Podpis Pacjenta: _____

Karta pacjenta jest ważnym narzędziem w opiece medycznej i powinna być wypełniana starannie przed każdą kroplówką witaminową.