

Komplexní posouzení pacienta

Kompletní formulář přijetí pacienta s demografickými údaji, lékařskou historií, léky a alergií pro pacienty medicínských spa

Informace o klientovi

Jméno *

Příjmení *

E-mailová adresa *

Telefonní číslo *

Datum narození *

DD / MM / YYYY

Demografické údaje

Pohlaví *

☐ Žena

☐ Muž

☐ Nebinární

☐ Raději neuvádět

Ulice *

Město *

Kraj *

PSČ *

Jméno kontaktu v nouzi *

Telefonní číslo kontaktu v nouzi *

Lékařská historie

Máte nebo jste měli některou z následujících stavů?

- ☐ Autoimunitní onemocnění (lupus, revmatoidní artritida atd.)
- ☐ Krvácející nebo koagulační porucha
- ☐ Diabetes (typ 1 nebo typ 2)
- ☐ Srdeční onemocnění nebo srdeční stav
- ☐ Vysoký krevní tlak
- ☐ Porucha štítné žlázy
- ☐ Záchvatová porucha / Epilepsie
- ☐ Hepatitida B nebo C
- ☐ HIV / AIDS
- ☐ Rakovina (současná nebo v minulosti)
- ☐ Sklon k tvorbě keloidních jizev
- ☐ Kožní onemocnění (ekzém, psoriáza, růžovka)
- ☐ Opary / Herpes simplex
- ☐ Žádné z výše uvedeného

Pokud ano na kterýkoli z výše uvedených, poskytnete prosím podrobnosti

Jste právě těhotná nebo kojící? *

- ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nejsem si jistá

Podstoupili jste některou z následujících léčeb v posledních 12 měsících?

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Botoxové / neurotoxinové injekce | ☐ Dermální výplně | ☐ Chemický peeling |
| ☐ Laserová léčba | ☐ Mikronástrčí | ☐ Plastika obličeje |
| ☐ Žádné z výše uvedeného | | |

Současné léky a alergie

Uvedte všechny současné léky (včetně doplňků stravy a vitamínů)

Užíváte v současné době léky na ředění krve (aspirin, warfarin, ibuprofen atd.)? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Užívali jste Accutane (isotretinoin) v posledních 6 měsících? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Uvedte všechny známé alergie (léky, latexu, potraviny atd.) *

Měli jste někdy alergickou reakci na místní anestezii (např. lidokain)? *

☐ Ano ☐ Ne

Současná péče o pokožku

Jak byste popsali svůj typ pokožky? *

☐ Suchá ☐ Mastná ☐ Kombinovaná
☐ Citlivá ☐ Normální

Uveďte své současné produkty na péči o pokožku

Jaké jsou vaše hlavní cíle léčby? *

Souhlas a podpis

Potvrzuji, že výše uvedené informace jsou podle mých nejlepších vědomostí přesné a úplné. Chápu, že skrývání nebo poskytování nepřesných informací může ovlivnit můj léčebný plán a výsledky. Souhlasím s informováním kliniky o jakýchkoli změnách v mém zdravotním stavu nebo léčích.

Potvrzuji, že jsem přečetl/a a rozumím výše uvedeným informacím a dávám svůj informovaný souhlas.

Přečetl/a jsem a rozumím výše uvedeným informacím: _____

Podpis

Datum

Jméno (tiskací písmo)

Datum *

DD / MM / YYYY

Tento formulář byl poskytnut zdarma společností Consentify

Consentify převádí formuláře jako tento na digitální souhlas, který vaši klienti podepíší na svém telefonu pomocí QR kódu — s automatickými PDF, příznaky kontraindikací a šifrovaným úložištěm. Bezplatný plán je k dispozici na <https://getconsentify.com>.

Pouze šablona. Před použitím si ji nechte zkontrolovat vlastním licencovaným specialistou nebo právním poradcem; požadavky se liší podle jurisdikce a typu praxe.