

Kompleksowy formularz pozyskiwania danych pacjenta

Pełny formularz rejestracyjny pacjenta zawierający dane demograficzne, historię medyczną, leki i alergie dla pacjentów klinik medycznych spa

Informacje o kliencie

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

Dane demograficzne

Płeć *

☐ Kobieta

☐ Mężczyzna

☐ Niebinarna

☐ Wolę nie mówić

Adres zamieszkania *

Miasto *

Województwo *

Kod pocztowy *

Imię i nazwisko kontaktu w razie nagłego wypadku *

Numer telefonu kontaktu w razie nagłego wypadku *

Historia medyczna

Czy masz lub miałeś/-aś kiedyś którekolwiek z poniższych schorzeń?

- ☐ Choroba autoimmunologiczna (toczeń czerwony, reumatoidalne zapalenie stawów itp.)
- ☐ Zaburzenie krzepnięcia lub zaburzenie komórkowe
- ☐ Cukrzyca (typu 1 lub typu 2)
- ☐ Choroba serca lub zaburzenie pracy serca
- ☐ Wysoki ciśnienie krwi
- ☐ Zaburzenie tarczycy
- ☐ Zaburzenie padaczkowe / Epilepsja
- ☐ Zapalenie wątroby typu B lub C
- ☐ HIV / AIDS
- ☐ Rak (obecny lub wcześniej)
- ☐ Skłonność do blizn keloidu
- ☐ Choroba skóry (egzema, psorিয়া, różyczka)
- ☐ Opryszczka wargowa / Opryszczka zwykła
- ☐ Żaden z powyższych

Jeśli odpowiedziałeś/-aś twierdząc na którekolwiek z powyższych, proszę podaj szczegóły

Czy jesteś aktualnie w ciąży lub karmisz piersią? *

- ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

Czy miałeś/-aś którąkolwiek z poniższych procedur w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

- | | |
|---|--|
| ☐ Zastrzyku Botoksu / neurotoksyny | ☐ Zastrzyku kwasu hialuronowego |
| ☐ Peeling chemiczny | ☐ Zabiegu laserowego |
| ☐ Mikroterapii igłowej | ☐ Chirurgii twarzy |
| ☐ Żaden z powyższych | |

Bieżące leki i alergie

Wymień wszystkie bieżące leki (włączając suplementy i witaminy)

Czy aktualnie przyjmujesz leki rozrzedzające krew (Aspiryna, Warfaryna, Ibuprofen itp.)? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy brałeś/-aś Accutane (izotretinoinę) w ciągu ostatnich 6 miesięcy? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Wymień wszystkie znane alergie (leki, lateks, jedzenie itp.) *

Czy miałeś/-aś kiedyś alergiczną reakcję na anestezję miejscową (np. Lidokainę)? *

☐ Tak ☐ Nie

Bieżąca pielęgnacja skóry

Jak byś opisał/-a swój typ skóry? *

☐ Sucha ☐ Tłusta ☐ Mieszana
☐ Wrażliwa ☐ Normalna

Wymień swoje bieżące produkty do pielęgnacji skóry

Jakie są Twoje główne cele zabiegu? *

Zgoda i podpis

Potwierdzam, że podane poniżej informacje są dokładne i kompletne zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Rozumiem, że ukrycie lub podanie niedokładnych informacji może wpłynąć na mój plan leczenia i wyniki. Zgadzam się powiadomić klinikę o wszelkich zmianach w moim stanie zdrowia lub lekach.

Potwierdzam, że przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am poniższe informacje i daję moją świadomą zgodę.

Przeczytałem/-am i rozumiem poniższe informacje: _____

Podpis

Data

Drukowane imię i nazwisko

Data *

DD / MM / RRRR

Ten formularz został bezpłatnie udostępniony przez Consentify

Consentify zamienia formularze takie jak ten w cyfrową zgodę, którą Twój klient podpisuje na własnym telefonie za pomocą kodu QR — z automatycznymi plikami PDF, flagami przeciwwskazań i zaszyfrowaną pamięcią. Darmowy plan dostępny na <https://getconsentify.com>.

Tylko szablon. Przed użyciem zapoznaj się z własnym licencjonowanym specjalistą lub doradcą prawnym; wymagania różnią się w zależności od jurysdykcji i rodzaju praktyki.