

Ankieta Pacjenta – Podstawowa Opieka Zdrowotna

KidsClinic Kalisz

Dane pacjenta

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

PESEL:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

Numer telefonu kontaktowego:

Adres e-mail:

Nazwa oraz adres poprzedniej placówki Podstawowej Opieki Zdrowotnej :

.....

.....

1. Ogólne informacje zdrowotne

1. Czy pacjent posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności? ☐ Tak ☐ Nie

2. Czy pacjent uczęszcza obecnie do specjalistów (np. kardiolog, neurolog, endokrynolog)?
☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, proszę podać jakich:

2. Choroby przewlekłe

Czy u pacjenta zdiagnozowano którąkolwiek z poniższych chorób przewlekłych?

☐ Astma oskrzelowa

☐ Cukrzyca typu 1

☐ Cukrzyca typu 2

☐ Padaczka

☐ Wrodzone wady serca

☐ Choroby tarczycy

☐ Choroby nerek

☐ Choroby układu pokarmowego (np. celiakia, IBD)

☐ Otyłość przewlekła

☐ Inne (jakie?):

5. Zgody i podpis

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w celach medycznych w Placówce KIDSCLINIK zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (RODO).

.....

Podpis pacjenta /rodzica/opiekuna prawnego