

HISTORIA MEDYCZNA PACJENTA:

IMIĘ I NAZWISKO

DATA URODZENIA

.....
czytelny podpis i data podpisania formularza

Czy przebył/a Pan/i bądź jest w trakcie leczenia narządów wewnętrznych?
(nerki, wątroba, tarczyca) TAK NIE

Jeśli tak proszę podać, jaka to choroba.....

Czy choruje Pan/i na jakąś chorobę przewlekłą? TAK NIE

Jeśli tak proszę podać, jaka to choroba.....

Czy jest Pani w ciąży lub karmi Pani piersią? TAK NIE

Czy stosuje Pan/i jakieś leki (antybiotyki, leki zmniejszające krzepliwość typu
Aspiryna, Acarad, Polocard, Acenokumarol, Areplex, Zylt, Plavix, Alcotin) TAK NIE

I inne leki przeciwkrzepliwe)? TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać, jakie.....

Czy w przeciągu ostatnich 6 miesięcy przyjmował/a Pan/i jakieś leki regularnie? TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać, jakie.....

Czy obecnie Pani miesiączkuje? TAK NIE

Czy w przeciągu ostatnich 6 miesięcy przebył/a Pan/i poważną operację lub
wrywanie zęba? TAK NIE

Jeśli tak proszę podać, jaką.....

Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i opryszczkę? TAK NIE

Jeśli tak proszę podać, kiedy ostatnio i jak często się zdarza.....

Czy ma Pan/i trądzik lub inne aktywne schorzenie skóry? TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać, jakie.....

Czy jest Pan/i chory/a na cukrzycę?	TAK	NIE
Jeśli tak proszę podać, jaki typ.....		
Czy ma Pan/i jakieś choroby o podłożu autoimmunologicznym?	TAK	NIE
Jeśli tak, to czy poziom przeciwciał jest zerowy lub bliski tej wartości?	TAK	NIE
Czy cierpi Pan/i na jakieś dodatkowe dolegliwości, o których powinna Pan/i poinformować lekarza / osobę wykonującą zabieg?	TAK	NIE
Jeśli tak, to proszę podać, jakie.....		
Czy cierpi Pan/i na chorobę Hashimoto?	TAK	NIE
Czy korzystał/a Pan/i kiedykolwiek z usług psychiatry?	TAK	NIE
Czy cierpi Pan/i na jakieś alergie?	TAK	NIE
Jeśli tak, proszę podać, jakie.....		
Czy miał/a Pan/i kiedykolwiek wykonywane znieczulenie (stomatologiczne) przy użyciu lidokainy?	TAK	NIE
Czy wystąpiły jakieś skutki uboczne po użyciu znieczulenia?	TAK	NIE
Jeśli tak, proszę podać, jakie.....		
Czy ma Pan/i skłonność do powstawania blizn przerostowych lub/i koloidów?	TAK	NIE
Czy jest Pan/i uczulona na kwas hialuronowy?	TAK	NIE
Czy regularnie korzysta Pan/i z basenu, sauny, siłowni, aerobiku itp	TAK	NIE
Jeśli tak proszę podać, z jakiego typu aktywności i jak często.....		
.....		
Czy planuje Pan/i wzmożoną aktywność w ciągu najbliższych 72 h?	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek korzystał/a Pan/i z zabiegów z zakresu medycyny estetycznej (peelingi, laseroterapia, mezoterapia)?	TAK	NIE
Jeśli tak proszę podać typ zabiegu oraz datę jego przeprowadzenia.....		
.....		
Czy kiedykolwiek poddawała się Pani zabiegom permanentnym lub wchłanianymi wypełniaczami?	TAK	NIE
Jeśli tak proszę podać, jaki był to zabieg, kiedy wykonywany i przy użyciu, jakiego preparatu		
.....		
Jeśli tak, to czy wystąpiły jakiegokolwiek problemy lub reakcja na te iniekcje?	TAK	NIE
Jeśli tak, jakiego typu były to problemy?.....		
.....		
Czy spożywał/a Pan(i) dziś lub wczoraj napoje alkoholowe?	TAK	NIE
Jeśli tak to proszę podać, kiedy i w jakiej ilości?		
.....		

