



KARTA WYWIADU WSTĘPNEGO przed rozpoczęciem leczenia / terapii w Vitalea Clinic

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

tel.

e-mail.....

1. Choroby przewlekłe:

choroby serca np. przebyty zawał (*kiedy?*), inne choroby serca (*jakie?*)

nadciśnienie tętnicze

problemy żyłne tj. miażdżycy, żylaki, zakrzepica (*jakie?*)

udar mózgu (*kiedy?*)

cukrzyca (*typ*)

tarczycy (*rodzaj*....., *guzki*.....)

choroby nerek

padaczka

choroby onkologiczne (*rodzaj / etap leczenia?*)

.....)

choroby autoimmunologiczne (*jakie?*)

choroby genetyczne (*jakie?*)

inne choroby (*jakie?*)

.....)

TAK	NIE

2. Obecne dolegliwości

3. Leki przyjmowane na stałe

4. Stosowane suplementy diety, zioła, inne preparaty

5. Przebyte zabiegi (zdrowotne, estetyczne), operacje
Prosimy podać rodzaj zabiegu / operacji oraz datę

6. Alergie / uczulenia

7. Posiadane ciała obce (tj. endoprotezy, standy, rozrusznik serca, kardiowerter, implanty piersiowe, implanty zębowe, inne)

8. Cięża lub podejrzenie ciąży

TAK NIE

9. Inne ważne informacje

- Dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Vitalea Clinic (Vitalea Sp. z o.o.) moich danych osobowych zawartych w niniejszej karcie wywiadu środowiskowego w celu informowania mnie o usługach lub zabiegach oferowanych przez Vitalea Clinic (Vitalea Sp. z o.o.). Przyjmuję do wiadomości, iż mam prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem*.

- Dobrowolnie wyrażam zgodę na przesyłanie za pośrednictwem poczty elektronicznej informacji handlowej (newslettera) Vitalea Clinic (Vitalea Sp. z o.o.)*.

- Dobrowolnie wyrażam zgodę kontakt telefoniczny dla celów informowania mnie o usługach lub zabiegach oferowanych przez Vitalea Clinic (Vitalea Sp. z o.o.)*.

.....
*Data i czytelny podpis Pacjenta /
Opiekuna prawnego (dot. Pacjentów niepełnoletnich)*