



# Phoenix Tear

ANKIETA - INFORMACJE O  
STANIE ZDROWIA

## Dane osobowe

IMIĘ I NAZWISKO :

PESEL :

WIEK :

WAGA :

WZROST :

PŁEĆ :

(Mężczyzna/Kobieta)

Email :

NUMER TEL :

WSZYSTKIE PODANE W NINIEJSZYM OŚWIADCZENIU INFORMACJE SĄ OBJĘTE  
TAJEMNICĄ I SŁUŻĄ JEDYNNIE TROSCE O PAŃSTWA BEZPIECZEŃSTWO. PROSZĘ  
ODPOWIEDZIEĆ DOKŁADNIE NA PONIŻSZE PYTANIA. W PRZYPADKU TRUDNOŚCI  
PRZED UDZIELENIEM ODPOWIEDZI SKONTAKTUJ SIĘ Z OSOBĄ WYKONUJĄCĄ  
ZABIEG.

### 1. Czy cierpi Pan/i na jakieś choroby?

TAK ☐

NIE ☐

Jeśli TAK, to na jakie?

### 2. Czy przyjmuje Pan/i jakieś leki?

TAK ☐

NIE ☐

Jeśli TAK, proszę wymienić jakie:

### 3. Czy ma Pan/i stwierdzone jakiekolwiek zaburzenia rytmu serca?

TAK ☐

NIE ☐

Jeśli TAK, proszę podać jakie:

**4. Czy występuje u Pana/i skłonność do krwawień lub trudności z zatamowaniem krwawienia przy skaleczeniach?**

TAK ☐ NIE ☐

**5. Czy ma Pan/i stwierdzone uczulenia?**

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli TAK, to jakie?

**6. Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana/i reakcje alergiczne na zażyte leki, suplementy diety, pokarmy?**

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli TAK, to jakie?

Rodzaje reakcji: Dusznoci ☐ Wysypka ☐ Świąd ☐ Obrzęk ☐

Inne:

**7. Czy zdarzają się u Pana/i epizody zasłabnięcia, utraty przytomności, nagłego obniżenia ciśnienia?**

TAK ☐ NIE ☐

**8. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/i w szpitalu?**

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli TAK, proszę podać nazwę placówki i miejscowość:

**9. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/i pobieraną krew, wykonywane drobne zabiegi chirurgiczne lub stomatologiczne?**  
(także zabiegi kosmetyczne z przerywaniem ciągłości tkanek)

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli TAK, proszę podać nazwę placówki i miejscowość:

**10. Czy choruje Pan/i lub przebywał/a na którąś z wymienionych poniżej chorób zakaźnych?**

WZW typu A ☐ WZW typu B ☐ WZW typu C ☐ HIV/AIDS ☐ Gruźlica ☐

Inne:

**11. Czy pali Pan/i tytoń lub papierosy elektroniczne?**

TAK ☐ NIE ☐

**12. Czy spożywa Pan/i regularnie alkohol?**

TAK ☐ NIE ☐

**13. Czy zażywa Pan/i środki uspokajające, nasenne, leki przeciw bólowe?**

**Jak często?**

Regularnie ☐ Sporadycznie ☐ Nigdy ☐

Jeśli TAK, proszę wymienić jakie:

**14. Jak ocenia Pan/i swój poziom aktywności fizycznej?**

Brak aktywności ☐ Sporadyczna ☐ Regularna ☐ Intensywna ☐

**15. Czy ostatnio czuł/a się Pan/i przemęczony/a, osłabiony/a, zestresowany/a?**

TAK ☐ NIE ☐

**16. Czy stosuje Pan/i dietę specjalistyczną (wegańską, ketogeną, eliminacyjną itp.)?**

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli TAK, proszę podać jaką:

**17. Czy ma Pan/i jakiegokolwiek problemy z oddawaniem moczu?**

TAK ☐ NIE ☐

**18. Czy ma Pan/i skłonność do pojawiania się obrzęków?**

TAK ☐ NIE ☐

**19. Czy w przeciągu ostatniego miesiąca był/a Pan/i przeziębiony/a (katar, kaszel, zapalenie oskrzeli)?**

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli TAK, proszę wymienić  
towarzyszące dolegliwości:

**20. Czy aktualnie odczuwa Pan/i jakiegokolwiek dolegliwości zdrowotne?**

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli TAK, proszę podać jakie:

## **PYTANIA DO KOBIET**

**21. Czy jest Pani w ciąży lub karmi piersią?**

TAK ☐ NIE ☐

**22. Czy stosuje Pani środki antykoncepcyjne?**

TAK ☐ NIE ☐

**23. Czy ma Pani zaburzenia hormonalne lub problemy z cyklem miesięczkowym?**

TAK ☐ NIE ☐

# POMIARY

## PRZED PRZETOCZENIEM:

CIŚNIENIE:  /

TĘTNO:

TEMP.:

DOLEGLIWOŚCI:

## PO PRZETOCZENIU:

CIŚNIENIE:  /

TĘTNO:

TEMP.:

DOLEGLIWOŚCI:

# OŚWIADCZENIE KLIENTA

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższej ankiecie są zgodne z prawdą i zostały przeze mnie udzielone dobrowolnie.

Jestem świadomy/a, że wlewy dożylne są formą terapii wspomagającej i nie zastępują leczenia prowadzonego przez lekarza. Rozumiem, że podanie kroplówki odbywa się na podstawie mojego oświadczenia o stanie zdrowia, a personel kliniki nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne powikłania wynikające z zatajenia przeze mnie informacji o moim stanie zdrowia.

Zostałem/am poinformowany/a o możliwych skutkach ubocznych oraz przeciwwskazaniach do terapii dożylnej. Akceptuję ryzyko związane z podaniem wlewu i wyrażam zgodę na jego przeprowadzenie.

---

Data i podpis

# ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **PRAKTYKA PIELĘGNIARSKA Natalia Polańska** z siedzibą w Izabelin 28, 62-020 Kruszwonia, w celu świadczenia usług medycznych, w tym:

- Udzielania świadczeń zdrowotnych i prowadzenia dokumentacji medycznej.
- Kontaktu w sprawach związanych z umawianiem wizyt, przypomnieniami o terminach wizyt oraz informacjami dotyczącymi moich wizyt.
- Przetwarzania danych dotyczących mojego stanu zdrowia w celu zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej.

Dane osobowe, które będą przetwarzane, obejmują: imię i nazwisko, PESEL, wiek, wagę, wzrost, płeć, numer telefonu, adres e-mail oraz informacje o stanie zdrowia.

## Informacje o przetwarzaniu danych osobowych:

- **Administrator danych osobowych:** PRAKTYKA PIELĘGNIARSKA Natalia Polańska z siedzibą w Izabelin 28, 62-020 Kruszwonia.
- **Cele przetwarzania danych:** Udzielanie świadczeń zdrowotnych i prowadzenie dokumentacji medycznej.
- **Podstawa prawna przetwarzania:** Art. 6 ust. 1 lit. a), c) oraz art. 9 ust. 2 lit. h) RODO.
- **Odbiorcy danych osobowych:** Dane mogą być przekazywane podmiotom współpracującym z [Nazwa Placówki], takim jak laboratoria medyczne, konsultanci zewnętrznym, pod warunkiem, że jest to niezbędne do świadczenia usług medycznych.
- **Okres przechowywania danych:** Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

## Prawa osoby, której dane dotyczą:

- Prawo dostępu do danych osobowych.
- Prawo do sprostowania danych.
- Prawo do usunięcia danych (prawo do bycia zapomnianym).
- Prawo do ograniczenia przetwarzania danych.
- Prawo do przenoszenia danych.
- Prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
- Prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie.
- Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

**Kontakt:** W przypadku jakichkolwiek pytań lub wątpliwości dotyczących przetwarzania danych osobowych, prosimy o kontakt z administratorem danych osobowych.

Zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania moich danych osobowych zgodnie z art. 13 i 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), zamieszczonymi na stronie internetowej MNiSW w zakładce Komunikaty.

## Potwierdzenie zgody:

---

Data i miejsce

---

Podpis