

# Formularz dla pacjenta WAZEKTOMIA

DANE OSOBOWE PACJENTA	
Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Telefon	
E-mail	

## INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTA I KWALIFIKACJI DO ZABIEGU:

Czy posiada Pan stałą partnerkę, żonę?

TAK  NIE

Czy Pana partnerka/żona stosuje leki antykoncepcyjne lub inne środki antykoncepcji?

TAK  NIE  Jeśli tak to jakie?.....

Czy posiada Pan dzieci i w jakim wieku?.....

Czy planuje Pan więcej dzieci w przyszłości?.....

Czy aktualnie się Pan na coś leczy?

TAK  NIE  Jeśli tak to na co: .....

Czy jest Pan na coś uczulony?

TAK  NIE  Jeśli tak to na co? np. lateks, lidokaina, maści, inne?

Czy ma Pan skłonność do krwawień?

TAK  NIE

Czy miał Pan epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?

TAK  NIE

Czy posiada Pan rozrusznik serca, stenty lub sztuczne zastawki serca?

TAK  NIE

Czy choruje lub chorował Pan na którąś z następujących chorób?:

- choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego) TAK  NIE
- inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)  
TAK  NIE
- choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu)  
TAK  NIE
- choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)  
TAK  NIE
- choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit)  
TAK  NIE
- choroby wątroby (kamica, żółtaczka, marskość wątroby)  
TAK  NIE
- choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu)  
TAK  NIE
- zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa)  
TAK  NIE
- choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne)  
TAK  NIE
- zaburzenia hormonalne  
TAK  NIE
- choroby układu nerwowego (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)  
TAK  NIE
- choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach)  
TAK  NIE
- choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)  
TAK  NIE
- choroby oczu (jaskra)  
TAK  NIE
- zmiany nastroju (depresja, nerwica)  
TAK  NIE

- choroby zakaźne: żółtaczka zakaźna A, żółtaczka zakaźna B, żółtaczka zakaźna C, opryszczka, AIDS/ HIV, gruźlica, choroby weneryczne

TAK  NIE

Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi? .....

Czy dobrze zniósł Pan znieczulenie (jeśli było wykonywane)?

TAK  NIE

Jeśli nie, to jakie były objawy: .....

Czy miał Pan przetaczaną krew?

TAK  NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny:.....

Czy pali Pan tytoń?

TAK  NIE

Jeśli tak, to ile i od kiedy: .....

Jak często oraz w jakiej ilości spożywał Pan alkohol w ciągu ostatnich 4 tygodni ?.....

Czy zażywa Pan środki uspokajające, nasenne, narkotyki?

TAK  NIE

Jeśli tak to jakie: .....

Czy przyjmuje Pan jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, ibuprofen, ketoprofen, warfarynę lub inne leki przeciwkrzepliwe)

TAK  NIE  Jeśli tak to jakie.....

Czy w obrębie skóry moszny lub prącia pojawił się kiedykolwiek stan zapalny, infekcja wirusowa, bakteryjna?

TAK  NIE

Czy ma Pan skłonność do nieprawidłowego gojenia i tworzenia blizn?

TAK  NIE

---

Od pacjentów, którzy zapiszą się na zabieg wymagana jest zaliczka na zabieg operacyjny. Zaliczka przyjmowana jest wg. następujących zasad:

1. Zaliczka stanowi potwierdzenie rezerwacji terminu zabiegu przez pacjenta.
2. Kwota zaliczki stanowi 500 zł.
3. Termin wpłaty zaliczki mija **14 dni przed** zarezerwowanym terminem zabiegu.
4. Zaliczka płatna jest przelewem na konto:  
**Lifemedica sp. z o.o.**  
**61 1090 1098 0000 0001 2974 4804**  
*Tytuł przelewu: zaliczka na wazektomię, data operacji, Imię i Nazwisko pacjenta.*
5. **Brak wpłaty zaliczki** w określonym terminie przez pacjenta stanowi rezygnację z rezerwacji terminu zabiegu.
6. Płatność końcowa za zabieg, pomniejszona będzie o kwotę wpłaconej zaliczki.

7. W przypadku **rezygnacji** z zabiegu mniej niż 7 dni przed wyznaczonym terminem zabiegu kwota wpłaconej zaliczki przepada.
8. Zaliczka zostanie zwrócona pacjentowi w pełnej kwocie, jeśli planowany zabieg nie odbędzie się z przyczyn wynikających ze strony Lifemédica.

.....  
Czytelny podpis pacjenta

.....  
Data wypełnienia

**Ważne:**

Po wypełnieniu formularza, prosimy o wysłanie formularza (zeskanowanego, podpisanego) na adres [wazektomia@lifemédica.pl](mailto:wazektomia@lifemédica.pl), formularz trafi do lekarza wykonującego zabieg.