

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: żółtaczką zakaźną A, żółtaczką zakaźną B, żółtaczką zakaźną 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:
Lifecc sp. z o.o. sp. k.
03 1090 1098 0000 0001 4248 5052
Tytuł przelewu: zaliczka na zabieg, 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, formularz trafi do lekarza wykonującego zabieg.

Wraz z formularzem zgłoszenia, prosimy o dostarczenie następujących wyników badań:

- **Morfologia**
- **HBsAg**
- **Anty HCV**
- **Profil krzepnięcia krwi**