

WYWIAD

dermatologiczno-kosmetologiczny

Drodzy Pacjenci celem konsultacji dermatologiczno-kosmetologicznej jest jak dokładna ocena Waszego stanu zdrowia, stąd też prosba o rzetelne wypełnienie niniejszej karty zgodnie z prawdą.

DANE PACJENTA

Imię	
Nazwisko	
Data urodzenia	
Ulica	
Numer domu/mieszkania	
Kod pocztowy i miejscowość	
E-mail	
Tel. kontaktowy	

WYWIAD DERMATOLOGICZNY

Czy w tym momencie jest Pan(i) pod opieką lekarza specjalisty? Jeśli TAK to proszę podać jakiego:	TAK / NIE
Czy leczy się Pan(i) z powodu chorób współwystępujących? Jeśli TAK to proszę wymienić choroby współwystępujące:	TAK / NIE
Czy przyjmuje Pan(i) suplementy diety? Jeśli TAK to proszę wymienić jakie	TAK / NIE

Czy jest Pan(i) uczulony (na leki, np. środki znieczulające - takie, jak np. Lignocainum; produkty kosmetyczne, ekstrakty roślinne, jad owadów błonkoskrzydłych itp.) lub cierpi na jakiegokolwiek alergię, w tym również skórne i pokarmowe?

Jeśli **TAK** to proszę je wymienić:

Czy przyjmuje Pan(i) leki (środki przeciwbólowe, przeciwdepresyjne, przeciwhistaminowe, antybiotyki, retinoidy, terapię hormonalną, chemioterapię, leki miejscowe itp.)?

Jeśli **TAK** to proszę wymienić jakie:

Czy dotychczas miał(a) Pan(i) wykonane jakiegokolwiek operacje, zabiegi chirurgiczne?

Jeśli **TAK** to proszę wymienić jakie i kiedy.
Dodatkowo, proszę uwzględnić , czy wystąpiły komplikacje pozabiegowe, jeśli tak, to jakie:

Czy dotychczas korzystał(a) Pan(i) z zabiegów z zakresu dermatologii - medycyny estetycznej?

Jeśli **TAK** to proszę wymienić z jakich, kiedy i przy użyciu jakich produktów.

Dodatkowo, proszę uwzględnić informację - czy wystąpiły komplikacje pozabiegowe, jeśli tak to jakie:

TAK / NIE

TAK / NIE

TAK / NIE

TAK / NIE

Czy w Pana(i) rodzinie występowały choroby onkologiczne?
Jeśli **TAK** to proszę wymienić jakie i zaznaczyć stopień pokrewieństwa:

Czy regularnie leczy Pan(i) zęby u stomatologa?

Czy stosuje Pan(i) filtry słoneczne?

Czy korzysta Pan(i) z solarium?

Czy pali Pan(i) papierosy?
Jeśli **TAK** to proszę wymienić ilość i częstotliwość:

Czy Pije Pan(i) alkohol?
Jeśli **TAK** to proszę wymienić z jaką częstotliwością (rzadko, niewiele, regularnie, leczenie się z powodu nadużywania):

Czy spożywane przez Pana(ią) posiłki są pełnowartościowe?

Ile posiłków dziennie Pan(i) spożywa?

Ile szklanek wody wypija Pan(i) w ciągu dnia?

Czy w trakcie odpoczynku nocnego wysypia się Pan(i)?

Standardowo ile godzin trwa Pana(i) sen?

Jaki jest rodzaj wykonywanej przez Pana(ią) pracy?

Czy uważa się Pan(i) za osobę aktywną fizycznie?

Ile razy w tygodniu Pan(i) ćwiczy?

TAK / NIE

TAK / NIE

TAK / NIE

TAK / NIE

TAK / NIE

TAK / NIE

TAK / NIE

TAK / NIE

TAK / NIE

WYWIAD GINEKOLOGICZNY

Data pierwszej miesiączki	
Data ostatniej miesiączki	
Czy jest Pani obecnie w ciąży? Jeśli tak to, w którym tygodniu ciąży?	TAK / NIE
Czy jest Pani w okresie laktacji?	TAK / NIE

WYWIAD KOSMETOLOGICZNY

STOSOWANE KOSMETYKI

Jakie aktualnie stosuje Pan(i) kosmetyki do pielęgnacji skóry?

Oczyszczanie skóry/demakijaż	
Tonik	
Peeling	
Krem na dzień	
Krem na noc	
Kosmetyki uzupełniające (np. serum, ampułki, maski)	
Kosmetyki fotoprotekcyjne (np. krem z filtrem - SPF)	
Podkład	
Puder	
Inne	

Czy dotychczas korzystał(a) Pan(i) z zabiegów kosmetologicznych?
Jeśli **TAK** to proszę wymienić z jakich oraz kiedy.
Dodatkowo, proszę uwzględnić informację - czy wystąpiły komplikacje pozabiegowe, jeśli tak to jakie:

TAK / NIE

UWAGI PACJENTA

Jaki jest powód wizyty Pana(i) w Instytucie
RegeneriS?

Skąd się Pan(i) dowiedział(a) o naszych
usługach? (Polecenie od osoby znajomej, strona
internetowa, Facebook, Instagram, YouTube)

Jeśli z mediów społecznościowych to
prosimy o wpisanie nazwy konta

Zatajenie ważnych informacji o Pana(i) zdrowiu może być przyczyną groźnych dla zdrowia i życia powikłań!

Oświadczam, że nie zataiłem(am) żadnych istotnych, znanych mi w dniu składania niniejszego oświadczenia, informacji o stanie mojego zdrowia. Oświadczam również, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....

Data oraz czytelny podpis Pacjenta

Potwierdzam, że zapoznałem(am) się z regulaminem, dotyczącym przetwarzania danych osobowych (RODO) zamieszczonym na stronie www.regeneris-lublin.pl/klauzula-informacyjna.

.....

Data oraz czytelny podpis Pacjenta