**Wywiad okulistyczny i zdrowotny**

***Szanowny Pacjencie, Szanowna Pacjentko,***

*Aby zapewnić Państwu bezpieczeństwo oraz zaproponować najlepszą metodę leczenia, musimy jak najwięcej wiedzieć o Państwa stanie zdrowia. Dlatego też prosimy o wypełnienie poniższego wywiadu.*

*Prosimy o zaznaczenie znakiem* ***√***  *właściwej odpowiedzi i ewentualnie krótki opis*

1. Czy używa Pan/Pani okularów:

**⃝** tak, do chodzenia; *od kiedy?*  ……………………….**⃝** tak, do czytania; *od kiedy?*  ………………

**⃝** tak, do dali i bliży; *od kiedy?*  ……………………… **⃝** nie

1. Czy przeszli Państwo jakiekolwiek zabiegi okulistyczne?

**⃝** nie  **⃝** tak, *jakie?* ……………………………………………………………………

1. Czy stosuje Pan/Pani jakiekolwiek krople okulistyczne?

 **⃝** nie **⃝** tak, *jakie?* ……………………………………………………………………

1. Jaki zawód Pan/Pani wykonuje? …………………………………………
2. Czy jest Pani w ciąży? *(jeśli dotyczy)*

**⃝** tak **⃝** nie

1. Czy karmi Pani piersią? *(jeśli dotyczy)*

**⃝** tak **⃝** nie

1. Środki odurzające mają wpływ m.in. na ostrość widzenia i szerokość źrenic. Oba te parametry mają kluczowe znaczenie w badaniu okulistycznym, zwłaszcza przy kwalifikacji do zabiegów okulistycznych. Błędne wyniki mogą skutkować nieprawidłowym efektem leczenia. Dlatego prosimy o odpowiedź na pytanie, czy w ciągu ostatniego miesiąca stosował Pan/Pani środki odurzające (psychoaktywne, narkotyki, dopalacze, używki):

**⃝** tak **⃝** nie

1. Z jakiego źródła dowiedział/a się Pan/Pani o ośrodku Vidium Medica?

**⃝** Internet

**⃝** Polecenie znajomego/rodziny

**⃝** Polecenie lekarza (imię i nazwisko) ………………………………………………

**⃝** Inne………………………………………………………………………………………………

*Potwierdzam prawdziwość powyższych danych osobowych, w tym danych wrażliwych dotyczących stanu mojego zdrowia i wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych informacji przez Vidium Medica dla celów związanych z procesem leczenia.*

……………………………………………………..

*podpis Pacjenta*