



Rendszeresen szedett gyógyszerei:

JELEN PANASZOK

Járt-e már ambulanciánkon? Igen/Nem

Ha igen, melyik orvosnál: _____

Kérjük aláhúzással válasszon!

Háziorvos által beutalt beteg/ SBO beutalás/Visszarendelt beteg/Vizsgálati eredményért jött

Mióta vannak panaszai? (kérjük aláhúzással jelölje)

Évek óta/ Hónapok óta/ Hetek óta/ Napok Óta

Fogyott-e az utóbbi időben? Igen/Nem

Volt-e fekete széklete? Igen/Nem

Előfordult-e véres széklet? Igen/Nem

Van-e nyelészavara? Igen/Nem

Volt-e kávézacc szerű hányása? Igen/Nem

Volt-e véres hányása? Igen/Nem

Van-e hasmenése? Igen/Nem

Van-e székrekedés? Igen/Nem

Előfordult-e puffadás? Igen/Nem

Volt-e hányinger/ hányás? Igen/Nem

Szenved-e hasi görcstől? Igen/Nem

Hasi fájdalom? Igen/Nem

Észlelt-e sárgaságot? Igen/Nem

Kijelentem, hogy minden általam ismert egészségügyi állapotomra vonatkozó információt feltüntettem, és azok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem továbbá, hogy a Váci Jávorszky Ödön Kórház tudomására jutott egészségügyi adatokat az információs önrendelkezési jogról és információszabadságról szóló 2011 évi CXII törvény az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatokkezeléséről és védelméről szóló 1997 évi XLVII. törvény, továbbá a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről, és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet) szóló Európai Parlament és Tanács 2016/679 rendelete (2016.ápr.27.) szigorú rendelkezéseinek megfelelően kezeli.

Vác, _____
dátum

aláírás