



Ankieta pacjenta do wazektomii w ZdrOva

Prosimy o przyniesienie wydrukowanej i podpisanej ankiety do kliniki ZdrOva w dniu zabiegu.

Dane personalne pacjenta	
Imię i nazwisko	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Ulica zameldowania / numer domu / nr mieszkania	
Adres email	
Telefon	
Data urodzenia	
Nr PESEL	
Wykształcenie	
Zawód	
Liczba małżeństw	
Staż obecnego związku	
Imię obecnej partnerki	
Czy uważa Pan obecny związek za trwały?	
Posiadane potomstwo (Dla każdego dziecka proszę wpisać wiek i płeć oddzielone przecinkiem, płeć oznaczyć S dla syn, C dla córka, np. c7, s12)	
Pytania z zakresu wazektomii	
Czy planuje Pan więcej dzieci w przyszłości?	
Czy rozważyłby Pan adopcję gdyby zdecydował się Pan w przyszłości na więcej dzieci a przywrócenie płodności by się nie powiodło?	
Od jak dawna rozpatrywałeś wazektomię jako metodę antykoncepcyjną?	
Proszę zaznaczyć metody antykoncepcji, których Pan lub Pańska partnerka nie tolerujecie lub nie chcecie stosować .	
Wybieram wazektomię z powodu/ze względu na (proszę zaznaczyć odpowiednie)	
Jak ocenia Pan swój obecny stan zdrowia?	
Czy przechodził Pan chorobę umysłową lub depresję?	
Czy uważasz, że jesteś bardziej wrażliwy na ból niż przeciętny człowiek?	

Czy ma Pan skłonności do omdleń lub zasłabnięć (np. podczas pobierania krwi) ?	
Czy Pan lub ktoś z Pańskiej rodziny ma skłonności do krwawień lub zaburzeń krzepnięcia krwi?	
Czy przyjmuje Pan leki przeciwkrzepliwe (przeciw zakrzepowe)	
Jeżeli TAK, to jakie?	
Czy przechodził Pan chorobę nerek lub zaburzenia czynności nerek?	
Czy przechodził Pan którąś z poniższych chorób?	
Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana i/lub leczono którąś z poniższych chorób?	
Czy kiedykolwiek doznał Pan poważnego urazu bądź przechodził operację obszaru moszny lub jąder?	
Czy w dzieciństwie rozpoznano u Pana i leczono chirurgicznie wnetrostwo (niezstąpienie jąder)?	
Proszę wymienić wszystkie operacje, które Pan przechodził (w nawiasie proszę podać wiek)	
Czy rozwinęły się u Pana jakiegokolwiek powikłania, nadmierny ból lub krwawienie po zabiegu?	
Jeżeli tak, to proszę opisać jakie	
Proszę wymień wszystkie alergie na leki, pokarmy, uczulenia kontaktowe	
Proszę wymienić wszystkie leki przyjmowane w ciągu ostatnich dwóch tygodni	
Czy przyjmował Pan duże dawki (kilka razy dziennie przez kilka dni) aspiryny (kwas acetylosalicylowy), lub innych produktów ją zawierających w ciągu ostatnich 5 dni?	
Proszę wymienić wszystkie poważne choroby (pobyty w szpitalu), które kiedykolwiek Pan przechodził (leczenie, procedury zabiegowe, diagnostyka (wymagane)	
Zgadzam się na przesłanie moich danych osobowych drogą elektroniczną (szyfrowane) oraz ich przetwarzanie wyłącznie dla celów klinicznych i administracyjnych	
Czytelny podpis	
Miejscowość i data podpisania	