

## ANKIETA KWALIFIKACJI WSTĘPNEJ DO LASEROWEJ KOREKCJI WZROKU

### PODSTAWOWE DANE

Imię		E-mail	
Nazwisko		Telefon	
PESEL		Wykonywany zawód	
		Lekarz kierujący	

### WIELKOŚĆ WADY (W DIOPTRIACH)

	OKO PRAWIE	OKO LEWE
Krótkowzroczność (-)		
Nadwzroczność (+)		
Astygmatyzm (proszę dodatkowo wpisać + lub -)		

### CZY TWOJA WADA JEST STABILNA OD CO NAJMNIJ 1 ROKU?

- tak  
 nie  
 nie wiem

### CZEGO UŻYWASZ OBECNIE DO KOREKCJI WZROKU?

- Okulary  
 Soczewki kontaktowe miękkie  
 Soczewki kontaktowe twarde  
 Niczego nie używam

Od którego roku życia musisz używać okularów: .....

Jeżeli używasz soczewki, podaj okres ich noszenia (w latach): .....

### CZY CHOROWAŁAŚ/ŁEŚ/CHORUJESZ NA KTÓREŚ Z NIŻEJ WYMIENIONYCH SCHORZEŃ?

- |  |                              |                              |                                   |
|--|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Cukrzyca   | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| Inne schorzenia przewlekłe?                          | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| Choroby tkanki łącznej                               | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| Choroby autoimmunologiczne                           | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| Choroby przebiegające z osłabieniem odporności       | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| Atopia i silne alergie                               | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| Trądzik różowaty                                     | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| Czynne choroby infekcyjne                            | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| Bliznowce  | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| Czy posiadasz wszczepiony rozrusznik serca?          | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |
| Czy choroby oczu występowały w najbliższej rodzinie? | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nie wiem |

Jeśli TAK, to jakie .....

- Czy przebyłeś/aś jakieś zabiegi okulistyczne?  tak  nie  nie wiem  
 Jeśli TAK, to jakie .....
- Czy stosujesz krople okulistyczne  tak  nie  nie wiem  
 Jeśli TAK, to: jakie ..... i od kiedy .....
- Czy zdiagnozowano u Ciebie zespół suchego oka?  tak  nie  nie wiem

**CZY OKULISTA ROZPOZNAŁ U CIEBIE KTÓRĄŚ Z NIŻEJ WYMIENIONYCH CHOROÓB OCZU?**

- Wirusowe zapalenie rogówki  tak  nie  nie wiem  
 Półpasiec oczny  tak  nie  nie wiem  
 Jaskra  tak  nie  nie wiem  
 Zaćma  tak  nie  nie wiem  
 Odwarstwienie siatkówki  tak  nie  nie wiem  
 Stożek rogówki  tak  nie  nie wiem  
 Inne zwyrodnienia rogówki  tak  nie  nie wiem  
 Niedobór wydzielania łez  tak  nie  nie wiem  
 Choroby naczyniowe oka  tak  nie  nie wiem  
 Krótkowzroczność wysoka zwyrodniająca  tak  nie  nie wiem  
 Oczopląs  tak  nie  nie wiem  
 Zez  tak  nie  nie wiem

**DODATKOWE INFORMACJE**

- Czy jesteś w ciąży lub podczas okresu karmienia?  tak  nie  nie wiem  
 Czy planujesz ciążę?  tak  nie  nie wiem  
 Czy przyjmujesz leki?  tak  nie  nie wiem  
 Jeśli tak, to jakie .....
- Czy stosujesz hormony?  tak  nie  nie wiem

Data i podpis pacjenta .....

Prosimy o podanie źródła, z którego dowiedzieli się Państwo o zabiegach laserowych w Szpitalu SALUS:

- Od rodziny/znajomych  Od lekarza – prosimy o podanie nazwiska .....
- ze stron internetowych Salusa  z Facebooka  z wyszukiwarki Google
- z gazety – jakiej .....  z reklamy na autobusie MZK  inne .....

**Zgoda na przetwarzanie danych**

Wysłanie formularza jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie przez SALUS Sp. z o.o. w Słupsku Pana/Panią danych osobowych. Administratorem Danych jest SALUS Sp. z o.o. z siedzibą w Słupsku przy ul. Zielonej 8. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do udzielenia usług medycznych w oparciu o zapisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych. Pełna informacja dostępna na stronie [www.szpitalsalus.pl/rodo](http://www.szpitalsalus.pl/rodo)

Data i podpis pacjenta .....