

Letra hyrëse

Zonja e nderuar, Zoti i nderuar

Ju pret një trajtim, ekzaminim ose ndërhyrje kirurgjikale në anestezi të përgjithshme ose rajonale. Për t'ju ofruar sigurinë dhe kujdesin maksimal, na duhen informacione të sakta rreth gjendjes suaj shëndetësore. Ju faleminderit që do ta plotësoni me kujdes këtë pyetësor dhe do ta ktheni në kohë.

Të Dhënat Personale

Mbiemri:		Emri:	
Data e lindjes:	Telefoni:	Lartësia:	Pesha:
Mjeku i familjes (emri, vendi, telefoni):			

Ndërhyrja/Operacioni i Planifikuar	Data e ndërhyrjes:
------------------------------------	--------------------

Ndërhyrjet/Operacionet e Mëparshme	PO	JO
A keni pasur më parë anestezi?	☐	☐
Nëse PO, çfarë lloji anestezije?		
A ka pasur komplikime gjatë anestezive të mëparshme?	☐	☐
Nëse PO, cilat?		
A ka pasur problemet e lidhura me anestezinë tek të afërmit tuja të gjakut?	☐	☐
Nëse PO, cilat?		

GJENDJA JUAJ AKTUALE SHËNDETËSORE	JA	NEIN
A ndiheni aktualisht të shëndetshëm dhe të aftë për perpjekje fizike?	☐	☐
A mund të ndjiteni dy kate shkallësh pa u lodhur?	☐	☐
Tensioni i lartë i gjakut (shënoni PO edhe nëse është i kontrulluar mirë me ilaçe)?	☐	☐
Sëmundjet e zemrës (angina pectoris, infarkt, stentë, dobësi e zemrës, sëmundjet e valvulave, gjendje pas operacionit të zemrës, pas reanimimit)?	☐	☐
Çrregullimet e ritmit të zemrës (p.sh. fibrilacioni atrial, pacemaker, defibrilator)?	☐	☐
Sëmundjet e enëve të gjakut (sëmundjet e venave, gjendje pas trombozës/embolisë pulmonare, sëmundja arteriale okluzive)?	☐	☐
Sëmundjet e mushkërive (astma, bronkiti kronik, oksigjeni shtëpiak)?	☐	☐
Sindroma e apnesë obstruktive të gjumit (SAOG)? Nëse po, a keni pajisje terapeutike? ☐ PO ☐ JO	☐	☐
Çrregullimet metabolike (p.sh. diabeti, sëmundjet e tiroides, kolesterolit i lartë)?	☐	☐
Sëmundjet e gjakut ose koagulimit (p.sh. leukemia, anemia, gjakderdhe të shpeshta nga hunda, prirja për mavijosje ose gjakderdhe nën lëkurë)?	☐	☐
Sëmundjet e mëlçisë?	☐	☐
Sëmundjet e veshkave?	☐	☐
Problemet e stomakut (p.sh. djegiet e stomakut, refluks, bypass-i i stomakut, rripa gastrike)?	☐	☐
Sëmundjet e muskujve (p.sh. dobësia muskulore, distrofia muskulore)?	☐	☐
Sëmundjet psikike (depresioni, ankthi, sulmet e panikut, sindroma e djegies, ADHD)?	☐	☐
Për gratë në moshë riprodhimi: A ka mundësi për shtatzëni?	☐	☐
Sëmundje të tjera?	☐	☐
Alergjitë dhe intolerancë? Nëse PO, cilat? (Nëse keni libërz alergjie, silleni në ditën e anestezisë)	☐	☐

Name:

A merrni ilaçe për hollimin e gjakut? Nëse PO, cilat?	☐	☐
A merrni ilaçe të tjera rregullisht? Nëse PO, cilat?	☐	☐
A konsumoni alkool? Sa shpesh dhe sa shumë?	☐	☐
A pini duhan? Numri i cigareve në ditë: Vjet duhani:	☐	☐
A konsumoni drogë? Nëse PO, cilat?	☐	☐
A mbani protezë dentare?	☐	☐

SHËNIME/PYETJE

--

Ju lutem na informoni nëse gjendja juaj shëndetësore ndryshon deri në ditën e ndërhyrjes (p.sh. ftohje, temperaturë e lartë, ilaçe të reja, etj.).

Formularin e plotësuar dërgojeni jo më vonë se 5 ditë para ndërhyrjes së planifikuar në:

AnästhesieZentrum.ch AG, Schaffhauserstrasse 124, 8057 Zürich, ose me email në: anaesthesiezentrum@hin.ch

Vendi dhe

Nënshkrimi

DEKLARATA PËR MBROJTJEN E TË DHËNAVE / KUSHTET E PËRGJITHSHME TË PËRDORIMIT

Unë konfirmoj me nënshkrimin tim se jam dakord me përpunimin e të dhënave të mia, me qasjet në të dhëna nga mjekja ose mjeku si dhe me transmetimin e të dhënave të palët e treta sipas informacionit për pacientët në faqen e mëparshme. Jam i vetëdijshëm për rreziqet e mundshme të shkëmbimit të të dhënave të personave veçanërisht të mbrojtura (mundësia e shikimit nga palë të treta të paautorizuara në rrugë komunikimi të pasigurta) si dhe për të drejtat e mia dhe jap pëlqimin tim për kontaktin e ndërsjellë midis mjekes sime / mjekut tim dhe meje si pacient/e përmes informacioneve të kontaktit të dhëna më sipër. Informacionet e pacientit transmetohen nga praktika mjekësore vetëm nëpërmjet rrugëve të sigurta të komunikimit. Jam dakord që çështjet administrative si për shembull ndryshimet e termineve të kryhen me komunikim email të paenkriptuar.

Përpunimi (mbledhja, ruajtja, përdorimi si dhe arkivimi) i të dhënave tuaja kryhet mbi bazën e kontratës së trajtimit dhe dispozitave ligjore për përmbushjen e qëllimit të trajtimit si dhe të detyrimeve të lidhura me të. Mbledhja e të dhënave kryhet, nga njëra anë, nga mjekja/mjeku trajtues në kuadër të trajtimit tuaj. Nga ana tjetër, ne marrim gjithashtu të dhëna nga mjekë dhe profesionistë të tjerë shëndetësorë të të cilët ju keni qenë ose jeni në trajtim, nëse keni dhënë pëlqimin tuaj për këtë. Në historikun tuaj mjekësor përpunohen vetëm të dhënat që lidhen me trajtimin tuaj mjekësor. Historiku mjekësor përfshin të dhënat personale të dhëna në formularin e pacientit si të dhënat personale, të dhënat e kontaktit dhe të sigurimit, si dhe ndër të tjera bisedën informuese të kryer në kuadër të trajtimit, të dhënat shëndetësore të mbledhura si anamnezat, diagnozat, propozimet terapeutike dhe gjetjet.

Ju keni në çdo kohë të drejtën të merrni informacion mbi të dhënat tuaja personale. Ju mund të shikoni historikun tuaj mjekësor ose edhe të kërkonit një kopje. Dorëzimi i kopjes mund të jetë me pagesë. Çdo kosto e mundshme, e cila varet nga përpjekja për përgatitjen e kopjes, do t'ju komunikohet paraprakisht.

Me nënshkrimin, unë gjithashtu pranoj Kushtet e Përgjithshme të Përdorimit të AnästhesieZentrum.ch AG, të cilat mund t'i qaseni në çdo kohë përmes lidhjes së mëposhtme: <https://www.anaesthesiezentrum.ch/terms-and-conditions>

Vendi dhe:

Nënshkrimi