INTEROFTALMIKA
LASEROWA KOREKCJA WAD WZROKU

Możliwość przywrócenia perfekcyjnego widzenia jest naszym celem i pasją. Zadaniem naszym nie jest leczenie pacjenta lecz poprawa jego komfortu życia poprzez likwidację lub zminimalizowanie posiadanej wady wzroku. Sposób życia, praca i hobby mogą mieć istotny wpływ na proces gojenia po zabiegu. Dane zawarte w formularzu mają istotne znaczenie dla całego procesu. Prosimy o rzetelne i rozważne wypełnienie.

- prosimy o wypełnienie wszystkich pól podświetlonych na niebiesko oraz zaznaczenie opcji wyboru
- w przypadku nie udzielenia odpowiedzi na którekolwiek z pytań, prosimy o wyjaśnienie sprawy w rozmowie z lekarzem
- wypełniony formularz prosimy wysłać korzystając z opcji "Prześlij formularz" lub zapisać i wysłać jako załącznik na adres biuro@interoftalmika.pl
- po przyjściu do naszej placówki w wyznaczonym terminie dostanie Pan/Pani wydrukowaną ankietę do podpisania

Nazwisko _____ Imię _____ PESEL _____

Wzrost _____ Waga _____ Kolor oczu _____

Numer telefonu _____ Adres e-mail _____

Adres do korespondencji _____

Noszę okulary od (rok) _____ Z tego co wiem moja wada to OP _____ OL _____

Noszę soczewki kontaktowe od (rok) _____ ◯ **miękkie** ◯ **twarde**

Mam problemy z soczewkami kontaktowymi ◯ **tak** ◯ **nie** ew. jakie? _____

Czy uważam któreś oko za lepiej widzące z korekcją ◯ **tak** ◯ **nie** ew. które? ◯ **OP** ◯ **OL**

Mam za sobą zabieg okulistyczny ◯ **tak** ◯ **nie** ew. jaki? _____

W okularach czuję się dobrze ale chce się ich ewentualnie pozbyć ◯ **tak** ◯ **nie**

W soczewkach kontaktowych czuję się dobrze ale chce się ich ewentualnie pozbyć ◯ **tak** ◯ **nie**

Oczy często mi łzawią ◯ **tak** ◯ **nie** Jestem alergikiem ◯ **tak** ◯ **nie**

Mam światłowstręt ◯ **tak** ◯ **nie** Gorzej widzę o zmierzchu i w nocy ◯ **tak** ◯ **nie**

Mam za sobą pobyt w szpitalu ◯ **tak** ◯ **nie** ew. powód _____ ile dni _____ rok _____

Stosuję hormony ◯ **tak** ◯ **nie** Mam przewlekłe schorzenia ◯ **tak** ◯ **nie** ew. jakie _____

Zabiegiem laserowej korekcji wady wzroku interesuję się od _____

Jestem już po wstępnych badaniach (kiedy? rok) _____ gdzie _____

O najnowszej możliwości korekcji laserowej wiem z / od _____

Decyzja o przystąpieniu do kwalifikacji zabiegowej została podjęta ◯ **spontanicznie** ◯ **po długim namyśle**

Wykonywany zawód _____ Sport _____

Hobby _____

Palę papierosy ◯ **tak** ◯ **nie** Przebywam długo w klimatyzowanym pomieszczeniu ◯ **tak** ◯ **nie**

Moja ulubiona pozycja w trakcie snu to ◯ **na plecach** ◯ **na brzuchu** ◯ **na boku** ◯ **nie wiem**

Mam w domu zwierzęta ◯ **tak** ◯ **nie** ew. jakie? _____

W ostatnich miesiącach moja waga ciała zmieniła się więcej niż o 10 kg ◯ **tak** ◯ **nie**

Swój stan zdrowia kontroluję ◯ **regularnie** ◯ **do lekarza chodzę tylko w razie choroby**

Przebywam dużo na słońcu lub w solarium ◯ **tak** ◯ **nie**

Mam "swojego" okulistę ◯ **tak** ◯ **nie** ew. imię, nazwisko, miejscowość _____

Mając na uwadze odpowiedzialność za odpowiedzi, które są istotne dla prawidłowego przeprowadzenia zabiegu oraz szybkiego doprowadzenia oczu do stanu pełnej sprawności potwierdzam zgodność powyższych danych własnoręcznym podpisem.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (np. rozsyłanie newslettera) wyłącznie na użytek firmy INTEROFTALMIKA.

◯ **tak** ◯ **nie**

Kraków, dnia _____ Podpis

Wszystkie odpowiedzi objęte są tajemnicą lekarską i mają wyłącznie zastosowanie w celu dobrania właściwej metody zabiegowej oraz profilaktyki przed i po zabiegu laserowej korekcji wzroku.

Informacje o firmie INTEROFTALMIKA posiadam

◯ **ze strony internetowej** ◯ **z facebook'a** ◯ **z TV** ◯ **z radia** ◯ **z prasy** ◯ **od lekarza** ◯ **inne**