

Pacientský dotazník

(správné odpovědi prosím zakroužkujte)

Jméno a příjmení pacienta:

Plánovaný výkon, pro který bude pacient ošetřen:

Anamnéza:

V dětství prodělané vážnější onemocnění: Ne Ano Jaké:

Lečím se s/se:

Srdcem	Ne	Ano	Důvod:
Krevním tlakem	Ne	Ano	
Cukrovkou	Ne	Ano	Dieta Tablety Inzulín
Onkologickým onemocněním	Ne	Ano	Jakým:
Osteoporózou	Ne	Ano	
Krevními chorobami	Ne	Ano	Jakými:
Infekčními chorobami	Ne	Ano	Jakými:
Nervovou soustavou	Ne	Ano	Důvod:
Psychickým onemocněním	Ne	Ano	Jakým:
Plícemi	Ne	Ano	Důvod:
Játry	Ne	Ano	Důvod:
Ledvinami	Ne	Ano	Důvod:
Ostatní	Ne	Ano	Důvod:

Utrpěl jsem úrazy: Ne Ano Jaké:

Užívám tyto léky: (vypište).....

Alergie na léky, potraviny nebo jiné látky: Ne Ano Jaké:

Kouření: Ne Ano Kolik: cig/den

Alkohol: Ne Ano Jaký:

Drogy: Ne Ano Jaké:

Byl jsem někdy operován/a v celkové anestezii: Ne Ano

Jaké operace? Rok:

Byly u mne či v rodině potíže při celkové anestezii: Ne Ano Jaké:

Další informace, které nám chcete sdělit:

Prohlašuji, že mnou uvedené informace jsou úplné a pravdivé:

Datum a podpis pacienta