

Příjmení, jméno: r.č.: zdrav.poj:
Bydliště: telefon:

Dg (č.): Výkon: Datum operace:
Operatér:

Dispenzarizace:

P.A.: Výška: Váha: TK:

AA:

Onemocnění srdce	ano - ne	Žaludeční nebo dvanáct.vředy	ano - ne
Infarkt	ano - ne	Onemocnění slinivky břišní a střev	ano - ne
Neprav.srd.rytmus, kardiostimulátor	ano - ne	Cukrovka na dietě, PAD, inzulinu	ano - ne
Vysoký, nízký krevní tlak	ano - ne	Onemocnění štítné žlázy	ano - ne
Bolesti na hrudi	ano - ne	Nádorové onemocnění	ano - ne
Dušnost	ano - ne	Hormonální antikoncepce, těhotenství	ano - ne
Embolie	ano - ne	Záněty žil, křečové žíly	ano - ne
Mrtvička	ano - ne	Poruchy srážlivosti krve	ano - ne
Epilepsie, Tetanie	ano - ne	Onemocnění a úrazy páteře	ano - ne
Psychické poruchy	ano - ne	Kouříte?	ano - ne
Svalová slabost (myastenie)	ano - ne	Alkohol, drogy?	ano - ne
Onemocnění plic, průdušek (kašel)	ano - ne	Máte výhrady k podání krve?	ano - ne
Onemocnění jater, žloutenka	ano - ne	Cítíte se nachlazen (akutní infekce)?	ano - ne
Onemocnění ledvin a močových cest	ano - ne	Kolik vyjdete pater bez zastavení?

Jiné onemocnění:

FA: léky, které užíváte:

Předchozí operace:

Svým podpisem stvrzuji pravdivost výše uvedených údajů.

Datum: Podpis pacienta: Podpis sestry: