

Dotazník pacienta

Vyplňte prosím pečlivě následující dotazník, který se stane součástí Vaší zdravotní dokumentace. Získané informace budou použity při volbě léčebných postupů. Informace podléhají lékařskému tajemství, zaručujeme jejich ochranu.

Příjmení, jméno.....Datum narození.....

Telefon.....E-mail.....

Povolání.....Zaměstnavatel.....Pojišťovna.....

V následující části dotazníku, v případě kladné odpovědi, označte příslušný řádek, případně vypište podrobnější údaje.

- Alergie (jaké).....
 - Nesnášenlivost léků.....
 - Dlouhodobě užívané léky.....
.....
.....
 - Nemoci dýchacích cest.....
 - Astma.....
 - Srdeční onemocnění, operace, kardiostimulátor.....
 - Vysoký krevní tlak (hodnota).....
 - Žloutenka, mononukleóza, HIV.....
 - Choroby jater, ledvin.....
 - Revmatická horečka.....
 - Cukrovka (tablety, injekce).....
 - Epilepsie (s léky, bez?).....
 - Častější krvácení (léčené?).....
 - Jiná onemocnění.....
 - Jste těhotná? (doba v týdnech).....
 - Jste kuřák/kuřačka? ANO/NE kolik denně?.....
 - Byl/a jste na poslední prohlídce u zubaře před méně než 3 měsíci? ANO/NE
- Předešlý ošetřující lékař.....

Podpisem stvrzuji, že jsem nezamlčel/a žádné informace o svém zdravotním stavu.

V Karviné dne.....

Podpis pacienta.....