

Wywiad lekarski

Imię i nazwisko

1. Czy był Pani/Pani w szpitalu w ciągu ostatnich dwóch lat?

Tak Nie Nie wiem

2. Czy był Pan/Pani operowany w ciągu ostatnich dwóch lat?

Tak Nie Nie wiem

3. Czy wykonywał Pan/Pani w ostatnim czasie:

- Przekłuwanie uszu (lub innej części ciała)
- Tatuaż
- Zabieg kosmetyczny
- Nie

4. Czy cierpi Pan/Pani na jakiegokolwiek alergię (Jakie?)

.....

.....

5. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani podawane znieczulenie?

Tak Nie Nie wiem

6. Czy jest Pani w ciąży?

Tak Nie Nie wiem

7. Czy choruje Pan/Pani na takie choroby jak:

Hemofilia

Tak Nie Nie wiem

Cukrzyca

Tak Nie Nie wiem

AIDS/IVHIV

Tak Nie Nie wiem

Choroba wieńcowa

Tak Nie Nie wiem

Niewydolność nerek

Tak Nie Nie wiem

Miażdżyca

Tak Nie Nie wiem

Niewydolność krążenia

Tak Nie Nie wiem

Przebyty zawał

Tak Nie Nie wiem

Nadkwasota

Tak Nie Nie wiem

Padaczka

Tak Nie Nie wiem

Astma

Tak Nie Nie wiem

Niedoczynność/Nadczynność tarczycy

Tak Nie Nie wiem

Wirusowe zapalenie wątroby

Tak Nie Nie wiem

Inne nieuwzględnione powyżej (Jakie?)

.....

.....

.....