

Anesteziologický dotazník

Jméno a příjmení pacienta: _____ R. Č.: _____

Datum narození: _____

Současná váha: _____ Současná výška: _____

- Léčíte se s nějakým onemocněním? Pokud ano, uveďte: ANO – NE

- Užíváte pravidelně léky? Pokud ano, uveďte: ANO – NE

- Utrpěl/a jste v minulosti závažný úraz, zejména v oblasti hlavy, krku? Pokud ano, uveďte: ANO – NE

- Nevyskytuje se u Vás vrozená vývojová vada, zejména v oblasti hlavy, krku? Pokud ano, uveďte: ANO – NE

- Podstoupil/a jste minulosti lékařský zákrok v celkové anestezii? Pokud ano, uveďte: ANO – NE

- Vyskytly se v souvislosti s celkovou anestézií nějaké komplikace? Pokud ano, uveďte: ANO – NE

- Máte nějaké alergie? (léky, potraviny, či jiné látky) Pokud ano, uveďte: ANO – NE

- Prodělal/a jste v posledních 14 dnech akutní onemocnění? Pokud ano, uveďte: ANO – NE

Datum: _____

Podpis: _____