

Dotazník před operačním výkonem



Vážená klientko, vážený kliente, vítáme Vás na Klinice plastické chirurgie Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. V rámci zefektivnění poskytovaných služeb zdravotní péče Vás prosíme o vyplnění tohoto dotazníku.

Příjmení a jméno:		
Titul:	Rodné číslo:	Datum narození:
E-mail:		Telefon:
Adresa (ulice, číslo popisné):		
Město:	Směrovací číslo:	
Zaměstnání/oblast činnosti:		Pojišťovna:

OSOBNÍ INFORMACE

Současná váha:	Výška:	
Jste si vědom/a alergie na nějaké léky, nebo jiné látky?	ANO	NE
Pokud ano, uveďte jaké:		
Měl/a jste někdy problémy po podání lokální nebo celkové anestezie (znecitlivění)?	ANO	NE
Pokud ano, uveďte jaké:		
Léčil/a jste se, nebo léčíte se na nějakou nemoc?	ANO	NE
Pokud ano, uveďte jakou:		

Máte, nebo jste již v minulosti měl/a (zaškrtněte):

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> srdeční onemocnění | <input type="checkbox"/> onemocnění krve | <input type="checkbox"/> žloutenka typu B či C | <input type="checkbox"/> onemocnění ledvin |
| <input type="checkbox"/> mozková mrtvice | <input type="checkbox"/> vysoký tlak | <input type="checkbox"/> prodělal jste COVID | <input type="checkbox"/> astma |
| <input type="checkbox"/> kardiostimulátor | <input type="checkbox"/> nízký tlak | <input type="checkbox"/> nádorové onemocnění | <input type="checkbox"/> poruchy metabolismu |
| <input type="checkbox"/> zvýšená krvácivost | <input type="checkbox"/> kožní choroby | <input type="checkbox"/> onemocnění jater | <input type="checkbox"/> cukrovka |
| <input type="checkbox"/> kov v organismu | <input type="checkbox"/> močopohlavní choroby | <input type="checkbox"/> epilepsie | <input type="checkbox"/> psychické onemocnění |

Jiné:

Užíváte v současné době léky, vitamíny, potravinové doplňky?	ANO	NE
Pokud ano, uveďte jaké a kdy ve formátu (ráno-poledne večer) například Anopyrin 100mg 1-0-0 :		

Trpíte zvýšenou krvácivostí, modřinami?	ANO	NE
---	-----	----

Kouříte? Pijete alkohol?	ANO	NE
Množství a druh/denně:		

Užíváte, nebo jste užíval/a návykové látky?	ANO	NE
Pokud ano, uveďte jaké:		

Jste HIV pozitivní/máte AIDS?	ANO	NE
-------------------------------	-----	----

Prodělal/a jste operaci (včetně estetických zákroků)?	ANO	NE
Pokud ano, uveďte typ zákroku a kdy byl proveden:		

Potvrzuji, že jsem přečetl/a, porozuměl/a a pravdivě zodpověděl/a výše uvedené dotazy a že neprodleně oznámím všechny změny, ke kterým dojde v průběhu mé léčby. Jsem si vědom/a, že jakékoliv zatajení zdravotních poruch může vést k závažným nežádoucím komplikacím, nebo by mohlo ohrozit jiné osoby.

Datum

Podpis klienta