

Pacient: _____

Jméno, příjmení, datum narození

Zákonný zástupce (zákonní zástupci): _____

Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení

Vážená paní, vážený pane,
jste objedná(a)n k operačnímu výkonu:

Prosíme o vyplnění anesteziologického dotazníku (správné odpovědi zakroužkujte).

ANESTEZIOLOGICKÝ DOTAZNÍK – Ambulantní a jednodenní chirurgie

1. Byla Vám někdy v minulosti podána anestezie (celková anebo regionální)?

NE ANO

2. Vyskytly se při tom nějaké komplikace (zejména komplikace spojené s anestezií)?

NE ANO (popište)

3. Vyskytly se u některého z Vašich příbuzných komplikace v souvislosti s anestezií (náhlé úmrtí, maligní hypertermie, ...)?

NE ANO

4. Máte nějaké alergie (zejména na léky, potraviny, dezinfekční přípravky)?

NE ANO (popište)

5. Vypište všechny léky, které užíváte, včetně jejich dávkování:

Ve Zlíně, dne..... hodina

_____ Vlastnoruční podpis pacienta (příp. zákonného zástupce)