



Kérjük, hogy saját biztonságos altatása érdekében figyelmesen olvassa el az alábbi kérdéseket és megfontoltan válaszoljon azokra !

Páciens neve:

Születési dátum:

Testsúly:

kg

Testmagasság:

cm

IGEN

NEM

Állt- e Ön orvosi kezelés alatt az elmúlt 3 hónapban ?

Ha igen, miért ?

Terhes ?

Szed-e jelenleg gyógyszert ?

Ha igen, mit ?

Voltak-e korábban műtétei ?

Ha, igen,
milyenek és
melyik évben ?

Volt-e korábban altatva vagy érzéstelenítve ?

Volt-e az altatással vagy az érzéstelenítéssel kapcsolatban panaszja vagy rossz emléke ?

Ha igen, mi volt ez ?

Kezelték vagy kezelik-e az alábbi betegségekkel ?

Szívbetegség: szívinfarktus, mellkasi fájdalom, szívizomgyulladás,
szívbillentyűhiba, fulladás, lábszárvizonyó, ritmuszavar

Magas vérnyomás

Érbetegség: érszűkület, visszér, thrombosis

Tüdőbetegség: tbc, tüdőtágulat, krónikus hörghurut, asthma

Májbetegség: sárgaság, májgyulladás, májzsugor

Gyomorbetegség: fekély, vérzés

Vesebetegség: vesegyulladás, vesekő

Cukorbetegség

Csak diétával kezelt

Tablettával kezelt

Mivel, mennyivel ?

Insulinnal kezelt

Mivel, mennyivel ?

IGEN

NEM

IGEN

NEM

Pajzsmirigy betegség

Szembetegség: zöldhályog

Idegrendszeri betegség: Parkinson-kór, epilepsia

Agyvérzés, agyérgörcs, stb.

Pszichiátriai betegség: depressio

Csont, ízületi betegség

Izombetegség, izomgyengeség

Véralvadási zavar, vérzékenység

Van-e a fentiekén kívül bármilyen betegsége ?

Ha igen, mi ?

Van-e gyógyszer- vagy ételallergiája ?

Ha van, mire allergiás ?

Van-e kivehető fogpótlása ?

Van-e mozgó foga?

Dohányzik ?

Ha igen, naponta hány szálát szív el ?

szál / nap

Fogyaszt-e rendszeresen alkoholt ?

Ha igen, naponta, mit és mennyit ?

Használ-e rendszeresen kábítószer vagy élnékítő gyógyszert ?

Ha igen, mit ?

Kapott-e az elmúlt egy hónapban védőoltást ?

Ha igen, mit és mikor ?

Kapott-e vérátömlesztést ?

Ha igen, volt-e szövődménye ?

IGEN

NEM

Megjegyzés:

Hely:

Dátum:

Aláírás: