

Anesteziologický dotazník

Nacházel jste se v poslední době v lékařské péči? (zaškrtněte) ANO NE

Pokud ano, uveďte pro jaké obtíže:

.....
.....
.....

Které léky užíváte?

.....
.....
.....

Dostal jste někdy transfuzi? (zaškrtněte) ANO NE

Trpíte některým z těchto onemocnění? (označte křížkem)

- onemocnění svalů, svalová slabost
- onemocnění srdce či cév
- onemocnění plic či dýchacích cest
- onemocnění jater
- cukrovka, dna
- štítná žláza
- onemocnění očí (šedý či zelený zákal)
- epilepsie, obrny, mozkové příhody
- psychické poruchy
- onemocnění krve, poruchy srážlivosti krve
- máte pocit tuhnutí čelisti při pití zrnkové kávy?
- alergie – vyjmenujte na co:

.....

Informovaný souhlas pacienta s podáním analgosedace ke stomatologickému výkonu:

Souhlasím s provedením plánovaného výkonu v analgosedaci jako ambulantní pacient. Pročetl jsem si všechny informace o možných komplikacích a porozuměl jsem jim. Zajistím si doprovod a odvoz domů a dohled přes noc. Jsem ochoten a schopen dostat uvedeným doporučením. Souhlasím dále výslovně s anesteziologickou péčí před, během a po výkonu v takovém rozsahu, jaký uzná anesteziolog za vhodný.

Jsem si vědom, že zatajením některé skutečnosti ohledně mého zdravotního stavu se vystavuji riziku možných následků a plně za ně nesu zodpovědnost. Zároveň uhradím cenu za výkon podle platného ceníku.

V Hradci Králové
dne

Čas propuštění:

Podpis pacienta

Podpis oš. lékaře

Doprovod pacienta

.....