

Titul, jméno a příjmení:

Výška v cm: Váha v kg: Datum narození:

Prosíme Vás o odpověď na následující otázky:

1. Proděláváte v současné době nějaké nachlazení nebo infekční onemocnění? **Ano Ne**

Pokud ano, jaké onemocnění

2. Byl(a) jste v poslední době ošetřen(a) nějakým lékařem? **Ano Ne**

Pokud ano, jakým lékařem a pro jaké onemocnění

3. Užíváte v současné době pravidelně léky? **Ano Ne**

Pokud ano, jaké léky

.....

4. Byl(a) jste někdy operován(a)? uveďte i plastické operace **Ano Ne**

Uveďte, jakou operaci a kdy jste podstoupil(a)

.....

5. Měl(a) jste již někdy celkovou anestezii nebo analgosedaci? **Ano Ne**

6. Vyskytly se nějaké komplikace? **Ano Ne**

Pokud ano, popište jaké

7. Dostal(a) jste někdy krevní transfúzi **Ano Ne**

8. Léčíte se pro nějaké onemocnění srdce? **Ano Ne**

Pokud ano, jaké: infarkt myokardu-uveďte měsíc /rok

onemocnění chlopní, srdeční arytmie

9. Léčíte se s vysokým krevním tlakem? **Ano Ne**

10. Trpíte onemocněním cév? **Ano Ne**

11. Trpíte onemocněním plic nebo dýchacích cest? **Ano Ne**

Pokud ano, uveďte jaké - např., astma, chronická bronchitida, tuberkulóza

.....

12. Trpíte onemocněním svalů nebo svalovou slabostí? **Ano Ne**

13. Trpíte onemocněním jater např. žloutenka, steatosa, cirrhosa? **Ano Ne**

14. Trpíte onemocněním ledvin např. opakované záněty, ledvinové kameny? **Ano Ne**

15. Máte cukrovku? **Ano Ne**

Pokud ano, co užíváte na snížení hladiny cukru v krvi?

16. Trpíte nějakým neurologickým onemocněním? Např. epilepsií, obrnou	Ano	Ne
Prodělal(a) jste cévní mozkovou příhodu?	Ano	Ne
17. Trpíte duševní chorobou? např. deprese, schizofrenie	Ano	Ne
18. Trpíte onemocněním krve? např. porucha srážení, častá tvorba modřin	Ano	Ne
19. Užíváte léky na ředění krve?	Ano	Ne
Pokud ano, uveďte jaké.....		
20. Trpíte alergií?	Ano	Ne
Na potraviny uveďte jaké.....		
Na léky uveďte jaké		
Na jiné látky.....		
21. Máte jiné, dosud neuvedené onemocnění?	Ano	Ne
Uveďte jaké.....		
22. Máte snímatelnou zubní protézu?	Ano	Ne
23. Máte vady chrupu? např. viklavé zuby, kazové zuby	Ano	Ne
Pokud ano, které?.....		
24. Kouříte?	Ano	Ne
Kolik cigaret denně?		
25. Pijete alkohol?	Zřídka	Pravidelně
.....		
26. Užíváte pravidelně léky na spaní?	Ano	Ne
Pokud ano, jaké.....		
27. Pouze ženy-užíváte hormonální antikoncepci nebo hormonální substituci?	Ano	Ne
Uveďte další zdravotní potíže nebo jiné skutečnosti ohledně zdravotního stavu, o kterých se domníváte, že bychom měli být informováni		
.....		

Datum:**Podpis:**