

# Ankieta

Imię ..... Nazwisko ..... Wzrost ..... Waga .....

- Czy ostatnio leczył/a/ się Pan/i/
- z powodu jakiego schorzenia
- Czy jest Pani obecnie w ciąży
- Czy pobiera Pan/i/ obecnie leki
- Czy przechodził/a/ Pan/i/ choroby mięśni
- Czy istniały/istnieją choroby mięśni w rodzinie
- Czy przechodził/a/ Pan/i/ choroby serca - zawał, wady serca, niedotlenienie m. sercowego, zaburzenia rytmu serca, inne
- Choroby układu krążenia - żylaki, zakrzepy, wysokie lub niskie ciśnienie
- Schorzenia płuc i dróg oddechowych - gruźlica, zapalenia płuc, astma, rozedma
- Schorzenia wątroby - żółtaczka, marskość
- Schorzenia nerek - zapalenia nerek, kamica
- Schorzenia przemiany materii - cukrzyca
- Schorzenia tarczycy - wole, nadczynność, niedoczynność
- Schorzenia oczu - jaskra
- Schorzenia neurologiczne - padaczka, porażenie, inne
- Czy był/a/ Pan/i/ leczony/a/ z powodu chorób psychicznych
- Schorzenia układu kostno - stawowego: uszkodzenia kręgosłupa, choroby stawów
- Schorzenia krwi lub zaburzenia krzepnięcia
- Uczulenia, alergie - na leki, pokarmy, plaster
- Czy cierpi Pan/i/ na inne nie wymienione powyżej schorzenia
- Czy miał/a/ Pan/i/ wcześniej operacje
- Czy podczas znieczulenia wystąpiły jakieś powikłania
- Czy podczas znieczulenia osoby spokrewnionej doszło do powikłań
- Czy miał/a/ Pan/i/ transfuzję krwi

Po przeczytaniu ankiety wyrażam zgodę na przeprowadzenie na mnie

Zabiegu operacyjnego w znieczuleniu .....

Co stwierdzam własnoręcznym podpisem

Podpis