



Klatovská nemocnice, a.s.

Klatovy 2, Plzeňská 569, 339 38

tel. 376 335 111, fax 376 312 496, e-mail: info@nemkt.cz

IČO: 26360527

Anesteziologická ambulance 376 335 501

Anesteziologicko – resuscitační oddělení 376 335 319

Anesteziologický dotazník pro ambulantní výkon

(Prosím ve vlastním zájmu vyplňte zcela pravdivě)

Jméno a příjmení, ostatní údaje:

Příjmení		Jméno		Titul	
RČ		Tělesná hmotnost		Tělesná výška	

Vyjmenujte choroby, se kterými se nyní léčíte:

Uveďte léky, které pravidelně užíváte:

Zaškrtněte onemocnění, kterými jste trpěli v minulosti:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> onemocnění svalů, svalová slabost | <input type="checkbox"/> nervové onemocnění /epilepsie, obrny/ |
| <input type="checkbox"/> onemocnění srdce | <input type="checkbox"/> poruchy krevní srážlivosti, onemocnění krve |
| <input type="checkbox"/> onemocnění plic nebo dýchacích cest | <input type="checkbox"/> alergie /jaké/, obtíže po požití černé kávy |
| <input type="checkbox"/> onemocnění jater /žloutenka/ | <input type="checkbox"/> onemocnění očí |
| <input type="checkbox"/> onemocnění ledvin | <input type="checkbox"/> problémy s jakoukoliv předchozí anestezí |
| <input type="checkbox"/> poruchy metabolismu - cukrovka, štítná žláza | <input type="checkbox"/> závažné úrazy |

Vyskytla se ve Vaší rodině /rodiče, prarodiče, sourozenci/ nějaká komplikace v souvislosti s anestezí?

Podepište prosím následující prohlášení a odevzdejte jej anesteziologovi, který Vás bude vyšetřovat v anesteziologické ambulanci před plánovaným ambulantním zákrokem.

Souhlasím, aby plánovaný chirurgický nebo diagnostický výkon byl proveden ambulantně. Seznámil/a jsem se s doporučeními a rozumím jim. Jsem ochoten/a a schopen/a je dodržet. Zajistím si doprovod domů. Zajistím si odpovědný dohled po opuštění zdravotnického zařízení, po 24 hodin po výkonu bude pro mě dostupné zdravotnické zařízení nejpozději do 1 hodiny jakýmkoliv dopravním prostředkem /spádová nemocnice/, t.j. alespoň prostřednictvím záchranné služby /telef.155/. Souhlasím s anesteziologickou péčí v rozsahu, jaký uzná anesteziolog za vhodný.

Jméno osoby, zajišťující Váš doprovod po propuštění ze zdravotnického zařízení:

V Klatovech dne:

Jméno a podpis pacienta: