

Jméno a příjmení

Povolání

Datum narození, rodné číslo

Ulice, město, psč

Pojišťovna

Telefon

E-mail

Užíváte v poslední době pravidelně medikamenty? ano / ne

Jaké léky užíváte:

Reagoval/a jste neobvykle na medikamenty anestezii? ano / ne

Měl/a jste už potíže s:

* Nesprávné škrtněte

Dlouhým krvácením		ano / ne
-------------------	--	----------

Srdcem nebo krevním oběhem		ano / ne
----------------------------	--	----------

Onemocnění krve		ano / ne
-----------------	--	----------

Cukrovku		ano / ne
----------	--	----------

Astma, sennou rýmu, jiné alergie		ano / ne
----------------------------------	--	----------

Těžké revma		ano / ne
-------------	--	----------

Žloutenku		ano / ne
-----------	--	----------

Jiné vážné onemocnění, HIV+		ano / ne
-----------------------------	--	----------

Užíváte drogy?		ano / ne
----------------	--	----------

Jste právě těhotná?		ano / ne
---------------------	--	----------

Kouříte cigarety? Pokud ano, kolik denně?	<input type="checkbox"/>	ano / ne
---	--------------------------	----------

Budeme rádi, když nám sdělíte, odkud jste se o nás dozvěděli. Děkujeme.

Přes vyhledávač Tištěná média Server Znamý lékař Jinak

Pravdivost údajů stvrzuji svým podpisem _____

Datum _____