

INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU PACIENTA

Všechny poskytnuté informace jsou pokryty lékařským tajemstvím a slouží k ochraně vaší bezpečnosti. Prosím, odpovězte podrobně na následující otázky. Pokud máte potíže s odpovědí na některou z otázek, neváhejte ji přeskočit a **konzultovat své nejasnosti s lékařem, který vás léčí.**

Tyto otázky slouží k získání informací nezbytných pro určení vhodného způsobu léčby a případné anestezie před zákrokem.

.....
Příjmení, jméno, druhé jméno pacienta

Rodné číslo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefonní číslo

Adresa

E-mail

Pohlaví: Žena Muž

Cítíte se celkově zdravý(á)? ANO NE

Byl(a) jste hospitalizován(a) během posledních 2 let? ANO NE

Pokud ano, z jakého důvodu:

Momentálně se léčíte něčím? ANO NE

Pokud ano, čím:

Užíváte nějaké léky? (zejména aspirin, antikoagulační léky)? TAK NE

Pokud ano, jaké:

Jste alergický(á) na něco? TAK NE

Pokud ano, na co:

Máte některé z následujících potíží:

Dušnost (zkrat) ANO NE Otoky ANO NE

Kopřivka ANO NE Svědění TAK NE

Máte tendenci krvácet? ANO NE

Měl(a) jste epizody omdlávání nebo ztráty vědomí? ANO NE

Máte kardiostimulátor (rozšiřovač srdce)? ANO NE

Trpíte nebo trpěl(a) jste některou z následujících chorob?

* Pokud ano, zdůrazněte danou chorobu

Choroby srdce (infarkt myokardu, ischemická choroba srdeční, srdeční vady, poruchy srdečního rytmu, zánět srdečního svalu) ANO NE

Jiné nemoci oběhového systému (vysoký krevní tlak, nízký krevní tlak, mdloby, dušnost) ANO NE

Onemocnění cév (žilní problémy, žilní zánět, špatný průtok krve v končetinách, bolesti nohou při chůzi) ANO NE

Nemoci plic (emfyzém, zánět plic, tuberkulóza, astma, chronický zánět průdušek) ANO NE

Nemoci trávicího systému (žaludeční vřed, dvanáctníkový vřed, střevní nemoci) ANO NE

Nemoci jater (žlučová kameny, žloutenka, cirhóza jater) ANO NE

Nemoci močového ústrojí (zánět ledvin, ledvinné kameny, potíže s močením)	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Poruchy metabolismu (diabetes, dna mocová)	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Choroby štítné žlázy (nadaktivita, podaktivita, struma)	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Choroby nervového systému (epilepsie, ochrnutí, ztráta vědomí, obrny, poruchy citlivosti, myasthenia)	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Choroby kosterně-svalového systému (kořenové bolesti, degenerativní změny páteře, kloubů, stavy po zlomeninách)	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Choroby krve a srážení krve (hemofilie, anémie, sklony k krvácením, krvácení z nosu, prodloužené krvácení po extrakci zubu)	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Choroby kůže (psoriáza, atopický ekzém)	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Oční choroby (glaukom)	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Změny nálady (deprese, neuroza)	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Infekční choroby	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Infekční žloutenka A	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Infekční žloutenka B	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Infekční žloutenka C	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
AIDS	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Tuberkulóza	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Revmatické onemocnění	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Nádorové onemocnění	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Osteoporóza	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Jiné potíže, jaké?	
Byl(a) jste někdy operován(a)?	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Pokud ano, kdy a z jakého důvodu:	
Snášíte dobře anestezii?	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Byla vám někdy podávána krev?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Pokud ano, kdy a z jakého důvodu?:	
Kouříte tabák? Kouříte cigarety?	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Užíváte sedativa nebo hypnotika?	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Pokud ano, jaká?:	
Otázky týkající se žen:	
Jste v těhotenství?	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Pokud ano, v kterém měsíci:	
Používáte antikoncepční pilulky?	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>

Souhlas se zpracováním osobních údajů:

Ja, níž napsaný, vyjadřuji v souladu s čl. 7 odst. 2 Nařízení Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016, známého jako GDPR*, jasným a dobrovolným souhlasem se zpracováním a sběrem mých osobních údajů společností Park Medical sp.z o.o. Cieszyn, ul. Liburnia 5, IČO 0000 388132, jejímž správcem je Michał Kowalczyk, za účelem komunikace týkající se používání zdravotních služeb a obdržení informací o plánovaných návštěvách, stejně jako informací o lékařské činnosti společnosti Park Medical sp.z o.o. prostřednictvím mobilního telefonu a elektronické pošty. Zároveň prohlašuji, že můj souhlas splňuje všechny podmínky uvedené v čl. 7 GDPR, tj. že mám právo jej kdykoli

odvolat, žádost o souhlas mi byla předložena zřetelnou a srozumitelnou formou a byl jsem informován o podmínkách jeho odvolání. Park Medical sp.z o.o. Cieszyn, ul. Liburnia 5, mě také informovala o účelu sběru, dobrovolnosti poskytnutí, právu na přístup k údajům a možnosti jejich opravy a že tyto údaje nebudou poskytovány jiným subjektům. *Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016, kterým se stanoví pravidla týkající se ochrany fyzických osob ve vztahu k zpracování osobních údajů a volnému pohybu těchto údajů a kterým se ruší směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně údajů).

.....
data

.....
Podpis pacienta (zákoného zástupce)*