

SZPITAL  
(nazwa jednostki organizacyjnej)  
000000025372-03  
(kod identyfikacyjny)

.....  
(nazwa komórki organizacyjnej)  
000000025372-\_\_\_\_\_  
(kod identyfikacyjny)



CENTRUM LECZENIA  
WAD I ZABURZEŃ ROZWOJOWYCH  
ul. Warszawska 197 D, Babice Nowe 05-082  
nr telefonu: 22 827 48 22, 22 350 47 05  
(pieczęć świadczonodawcy)

## WYWIAD PRZEDOPERACYJNY

Nazwisko i imię pacjenta: .....

Data urodzenia: .....

Jestem ogólnie zdrow(a)	TAK/NIE
Chorowałem(am) w życiu na następujące choroby (proszę zakreślić):	
astmę	TAK/NIE kiedy:.....
gruźlicę	TAK/NIE kiedy:.....
zapalenie płuc	TAK/NIE
częste nieżyty dróg oddechowych	TAK/NIE
częste anginy	TAK/NIE
jaskrę	TAK/NIE
chorobę wieńcową	TAK/NIE
nadczynność/ niedoczynność tarczycy	TAK/NIE
nadczynność/ niedoczynność nadnerczy	TAK/NIE
schorzenia nerek	TAK/NIE
chorobę reumatyczną	TAK/NIE
padaczkę	TAK/NIE
choroby lub wady kręgosłupa	TAK/NIE
krwawienia z nosa	TAK/NIE
często tracę przytomność	TAK/NIE
palę	.....papierosów dziennie
piję alkohol (jeśli więcej niż okazjonalnie)	TAK/NIE
używam narkotyków	TAK/NIE
noszę szkła kontaktowe	TAK/NIE
mam protezę uzębienia	TAK/NIE

Leczę się stale .....

Byłem(am) operowany(a) na.....kiedy.....

Byłem(am) usypiany(a), kiedy.....narkozę znośłem(am) dobrze/źle.

Biorę stale następujące leki.....

Biorę okresowo następujące leki.....

Jestem uczulony(a) na: leki.....jodynę, plaster, inne.....

Swoją wydolność fizyczną oceniam w skali od 1 do 10 na.....pkt.

Inne uwagi o stanie zdrowia.....

Oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą. W razie powikłań związanych z nie ujawnieniem pełnych danych o swoim stanie zdrowia nie będę rościł(a) pretensji.

Oświadczam również, że nie jadłem(am) ani nie piłem(am) od godziny.....

Rozumiem, że jeśli nie jest to prawdą, to narażam swoje zdrowie i życie oraz oświadczam, że nie będę rościć pretensji do lekarza anestezjologa w razie zachłyśnięcia treścią pokarmową.

Wyrażam zgodę na znieczulenie ogólne/przewodowe przez dr.....

.....  
podpis i pieczęć lekarza

Babice Nowe, dnia.....r.

.....  
podpis pacjenta

Uśmiech każdego dnia!