

OSOBNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení pacienta: _____ Rodné číslo pacienta: _____

Výška pacienta: _____ Váha pacienta: _____

ANAMNÉZA

Rok narození matky: _____ Rok narození otce: _____

Zdravotní stav matky: _____ Zdravotní stav otce: _____

Sourozenci - rok narození: _____ Sourozenci - zdravotní stav: _____

Choroby rodičů a sourozenců: _____

Komplikace v těhotenství: _____

Porodní hmotnost a délka dítěte: _____

Komplikace v těhotenství: _____

Porodní komplikace: _____

Psychosomatický vývoj: _____

Prodělané dětské infekční choroby: _____

Nemocnost v dětství: _____

Hospitalizace (pobyt v nemocnici, kdy, kde): _____

Operace (kdy, kde, čeho): _____

Úrazy: _____

Alergie: _____

Zvýšená krvácivost (proč): _____

Prodělané infekční choroby: _____

Farmakologická anamnéza (léky, které pacient užívá, název léku, dávkování léku): _____

Sociální anamnéza: _____

PRAKTICKÝ LÉKAŘ

Celé jméno: _____

Adresa: _____

Prohlášení zákonného zástupce:

Prohlašuji, že jsem dotazník vyplnil pravdivě a úplně. Neuvedl jsem žádné nepravdivé či zamlčené údaje, které by mohly ovlivnit průběh anestezie a operace.

Datum: _____

Celé jméno zákonného zástupce: _____

Podpis zákonného zástupce pacienta: _____