

KÉRDŐÍV

- ORVOSI VIZSGÁLAT ELŐTT -

Név: _____ TAJ: _____ - _____ - _____

Lakhely: _____

Kedves Betegünk!

Bizonyos alapbetegségeket figyelembe kell venni az orvosi beavatkozások során, ezért szükséges, hogy az Ön egészségi állapotáról kicsit bővebben tájékozódjunk. Kérjük, figyelmesen olvassa el és válaszoljon az alábbi kérdésekre, hogy Ön a legmegfelelőbb ellátásban részesülhessen. Az Öntől kapott információkat természetesen az orvosi titoktartás védi! **A megfelelő választ X-szel jelölje!**

Hajlamos ájulásra? IGEN NEM

Magas –e vérnyomása? IGEN NEM

Alacsony –e vérnyomása? IGEN NEM

Egyéb vérkeringési zavarról tud –e? IGEN NEM

Vannak –e allergiás panaszai? IGEN NEM

Ha igen, mire: _____

Tud –e szívbetegségről? IGEN NEM

- Szívfejlődési rendellenességről IGEN NEM

- Műbillentyű beültetésről IGEN NEM

- Szívbelhártya gyulladásról IGEN NEM

- Szív műtétről IGEN NEM

- Van –e pacemakerje (pésméker)? IGEN NEM

**Volt –e csípő v. egyéb
végtagprotézis műtété?** IGEN NEM

Milyen gyógyszereket szed jelenleg?

**Van –e olyan gyógyszer, amelyre allergiás
vagy panaszt okozott a szedése?** IGEN NEM

Ha igen, melyek ezek:

Hölgyeknek: Jelenleg terhes –e? IGEN NEM

Szenved –e Ön:

- Cukorbetegségben IGEN NEM

KÉRDŐÍV

- ORVOSI VIZSGÁLAT ELŐTT -

- Véralvadási zavarban IGEN NEM
- Vérkeringési zavarokban IGEN NEM
- Pajzsmirigy funkciós problémákban IGEN NEM
- Rheumás betegségben IGEN NEM
- Tüdőbetegségben IGEN NEM
- Vesebetegségben IGEN NEM
- Emésztőrendszeri megbetegedésben IGEN NEM
- Idegrendszeri betegségben IGEN NEM
- Immunhiányos betegségben IGEN NEM
(HIV pozitív?)

Volt-e valaha MRSA fertőzése? IGEN NEM

(Multirezisztens Staphylococcus Aureus)

Szenved –e egyéb betegségben? IGEN NEM

Ha igen, melyekben

Dátum:

Aláírás: