

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

A 88/2004.(X.20.) ESZCSM rendelet alapján 2005. január 1-jei hatállyal kötelező a betegazonosító rendszer alkalmazása.

Az azonosító karszalag az alábbi adatokat tartalmazza:

- az osztálykódja
- TAJ szám (útlevélszám)

Alulírott kijelentem, hogy azonosításomhoz szükséges betegazonosító szalag felhelyezésébe

- beleegyezem*
- nem egyezem bele*
- a beteg kommunikációképtelen, nyilatkozni nem tud*

(Megjegyzés: * - a megfelelő rész aláhúzendó!)

Dátum:.....

.....
a beteg aláírása

NYILATKOZAT

Alulírott, az egyes szociális és egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2004. évi XXVI. törvénnyel módosított, a kötelező egészségbiztosítás ellátásáról szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 29.§ (2) bekezdése alapján kijelentem, hogy a **mai naptól számított 30 napon, vagy a kihordási időn belül más orvos a betegséggemmel kapcsolatban gyógyszert, gyógyászati segédeszközt részemre nem rendelt.**

Ha igen, akkor erről háziorvosomat haladéktalanul és pontosan tájékoztatom.

Amennyiben fenti kötelezettségemnek nem teszek eleget, mulasztásommal az Egészségbiztosítási Pénztárnak okozott kárt megtérítem.

Dátum:.....

.....
a beteg olvasható aláírása

BETEGTÁJÉKOZTATÓ - BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

A gyomor tükrözéses vizsgálata

CÉL:

- a nyelőcső-gyomor és nyombél rendellenességeinek (vérzés, fekély, daganat - illetve egyéb elváltozás) felismerése,
- szövettani mintavétel a kórosnak ítélt területből,
- bizonyos esetekben terápiás műveletek elvégzése (vérzéscsillapítás, idegen test eltávolítás, polyp levétele, nyelőcső visszér injekciós kezelése, nyelőcső ballonos tágítása).
- egyéb meghatározott esetekben műanyag vagy fémprotézis, vagy táplálószonda behelyezése.

A VIZSGÁLAT MENETE: éhgyomorral, a garat helyi érzéstelenítésével egy hajlékony, optikai műszer kerül levezetésre szájon át a nyelőcsőön, gyomron keresztül a nyombélbe.

A vizsgálat fájdalommentes, ideje: 3-10 perc.

Bizonyos terápiás esetekben fájdalomcsillapító injekció alkalmazása.

A vizsgálat után:

- **ha a beteg nyugtatóinjekciót kapott, járművet nem vezethet.**
- garatérzéstelenítés miatt a vizsgálat után 1 órán át nem étkezhet.
- ha görcs, hányás vagy fekete széklet jelentkezik, jelezze vizsgáló orvosának, vagy a nővérnek.
- ambuláns vizsgálat esetén az alábbi telefonszámon: 96/574-719

LEHETSÉGES SZÖVŐDMÉNYEK:

- az érzéstelenítő szer utáni túlérzékenység
- a szövettani mintavétel vagy polyp eltávolítással kapcsolatos kisebb vérzés
- az eszköz okozta sérülés vagy terápiás endoszkópos művelet kapcsán fellépő, szövődmény miatt 5000 vizsgálatra átlagosan egy esetben sürgős műtét válhat indokolttá,
- endoszkópos ballonos tágítás kapcsán a szerv perforációja (kilyukadása) fordulat elő.

Az esetleges szövődmények csökkentése érdekében a vizsgálat megkezdése előtt kérjük, tájékoztassa orvosát az alábbi kérdésekről:

- Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről? (Lidocain)
- Tud-e vérzékenységről?
- Szed-e véralvadástgátló szert?
- Van-e epilepsziája, zöldhályogja?
- Van-e beültetett szívritmus szabályozója?
- Fennáll-e terhesség?

SZÓBELI TÁJÉKOZTATÁS az Ön kórtörténeti előzménye, leletei birtokában adható. Ha maradt valamilyen kérdése, tegye fel vizsgáló orvosának, vagy az asszisztensnek!

A beteg tájékoztató elolvasása és a személyes tájékoztatás után a javasolt felső emésztőtraktus tükrözéses vizsgálatba és a vizsgáló orvos által indokoltnak tartott gyógyító értékű endoszkópos beavatkozásba beleegyezem.

Mosonmagyaróvár,

év

hó

nap

.....
a beteg aláírása

NYILATKOZAT

Alulírott született: igazolvány szám:.....

aláírással tanúsítom, hogy a műtéti és/vagy altatási beleegyező nyilatkozatban foglaltakat

.....nevű tolmács (igazolvány szám:) segítségével

meghallgattam, megértettem és mindenekbe beleegyezem. Kérdéseimet szintén a tolmács segítségével

feltettem Dr..... kezelőorvosnak, és erre kielégítő választ kaptam.

.....
beteg (hozzátartozó)

.....
tolmács

.....
orvos

.....
tanú 1.

.....
tanú 2.

Betegfelvilágosítási és -hozzájárulási nyilatkozat

Tudomásul veszem, és hozzájárulok, hogy más emberektől levett, a szakmai szabályok szerint kivizsgált és kezelt vérkészítményt juttatnak szervezetembe. Vérátömlesztésre azért van szükség, mert szervezetemben az életemet veszélyeztető mértékben kevés van valamelyik véralkotórészből, és azt más módon pótolni jelenleg nem lehet.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás az előnyök mellett hátrányokkal is járhat az egészségi állapotra vonatkozóan. A bevitt idegen vérsejtek sohasem azonosak teljes mértékben a sajátjával, ezért azokat a szervezet elsősorban lázzal, veseműködési zavarokkal, allergiás bőrjelenségekkel és más nemkívánatos reakciók kíséretében kivetheti magából, annak ellenére is, ha a vérátömlesztés előtt előírt, szabályszerűen elvégzett előzetes laboratóriumi vizsgálatok során erre a lehetőségre eredmény nem utal. Ennek tényleges valószínűsége jelenlegi ismereteink szerint kevesebb, mint egy százalék.

Tudomásul veszem, hogy a vérátömlesztéssel az előírt vizsgálatok negatív eredménye ellenére is fertőzés, különösen fertőző májgyulladás kórokozóját lehet átvinni. Ennek tényleges valószínűsége jelenlegi ismereteink szerint százezer vérátömlesztésből legfeljebb egy.

A fentiekről részletesen, személyre vonatkozóan, közérthető szóhasználattal személyesen a felvilágosítást adta:

Dr.:

kelt: év: hó: nap:

.....
a beteg aláírása

1. tanú:

2. tanú:

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

BETEGTÁJÉKOZTATÓ - BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

A gyomor tükrözéses vizsgálata **PEG**

CÉL:

- a nyelőcső-gyomor és nyombél rendellenességeinek (vérzés, fekély, daganat - illetve egyéb elváltozás) felismerése,
- szövettani mintavétel a kórosnak ítélt területből,
- bizonyos esetekben terápiás műveletek elvégzése (vérzéscsillapítás, idegen test eltávolítás, polyp levétele, nyelőcső visszer injekeió kezelése, nyelőcső ballonos tágítása).
- egyéb meghatározott esetekben műanyag vagy fémprotézis, vagy táplálószonda behelyezése.

A VIZSGÁLAT MENETE: éhgyomorra, a garat helyi érzéstelenítésével egy hajlékony, optikai műszer kerül vezetésre szájon át a nyelőcsővön, gyomron keresztül a nyombélbe.

A vizsgálat fájdalommentes, ideje: 3-10 perc.

Bizonyos terápiás esetekben fájdalomcsillapító injekeió alkalmazása.

A vizsgálat után:

- ha a beteg nyugtatóinjekeiót kapott, járművet nem vezethet.
- garatérzéstelenítés miatt a vizsgálat után 1 órán át nem ékezhethet.
- ha görcs, hányás vagy fekete széklet jelentkezik, jelezze vizsgáló orvosának, vagy a nővérnek.
- ambuláns vizsgálat esetén az alábbi telefonszámon: 96/574-719

LEHETSÉGES SZÖVŐDMÉNYEK:

- az érzéstelenítő szer utáni túlérzékenység
- a szövettani mintavétel vagy polyp eltávolítással kapcsolatos kisebb vérzés
- az eszköz okozta sérülés vagy terápiás endoszkópos művelet kapcsán fellépő, szövődmény miatt 5000 vizsgálatra átlagosan egy esetben sürgős műtét válhat indokolttá,
- endoszkópos ballonos tágítás kapcsán a szerv perforációja (kilyukadása) fordulhat elő.

Az esetleges szövődmények csökkentése érdekében a vizsgálat megkezdése előtt kérjük, tájékoztassa orvosát az alábbi kérdésekről:

- Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről? (Lidocain)
- Tud-e vérzékenységről?
- Szed-e véralvadástgátló szert?
- Van-e epilepsziája, zöldhályogja?
- Van-e beültetett szívritmus szabályozója?
- Fennáll-e terhesség?

SZÓBELI TÁJÉKOZTATÁS az Ön kórtörténeti előzménye, leletei birtokában adható. Ha maradt valamilyen kérdése, tegye fel vizsgáló orvosának, vagy az asszisztensnek!

A betegtájékoztató elolvasása és a személyes tájékoztatás után a javasolt felső emésztőtraktus tükrözéses vizsgálatba és a vizsgáló orvos által indokoltnak tartott gyógyító értékű endoszkópos beavatkozásba beleegyezem.

Mosonmagyaróvár,

év

hó

nap

.....
a beteg aláírása

Karolina Kórház - Rendelőintézet
9200 Mosonmagyaróvár, Régi Vámház tér 2-4.

Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály
Osztályvezető főorvos: Dr.Hidi Eszter

Műtéti beleegyező nyilatkozat

Beteg neve:..... szül.:..... a. n.:..... TAJ:.....

1. Tanúsítom, hogy kezelőorvosom, Dr.részletes felvilágosításban részesített betegsége természetéről, mely kórisme szerint magyarul: hosszú ideig tartó légútbiztosítás szükségessége,.....

2. Kérem, hogy gyógyításom érdekében a tervezett műtétet, amely (magyarul) légsömetszés, légső kanül bevezetése, légútbiztosítás - rajtam elvégezzék. A javasolt műtét lehetséges gyakoribb szövődményei a következők: aspiráció, reflexes szívmeállítás, vérzés, gyulladás, sebgyógyulási zavar.

A leírtakon kívül a nálam szóba jöhető szövődmények

még:

3. Tájékoztatót kaptam a javasolt műtéti beavatkozás helyett alkalmazható gyógymódról, amely: a jelenleg alkalmazott - szájon (orron) át a gégebe vezetett tubus légútbiztosítás,

A jelenleg alkalmazott légútbiztosítás lehetséges szövődményeiről szintén megfelelő tájékoztatást kaptam, amelyek (magyarul): a tubus rögzítésére szolgáló, levegővel felfújt ballon által a nyálkahártyára kifejtett nyomás következtében kialakuló vérellátási zavar, -elhalás, a későbbiekben hegesedés, súlyos légúti szűkület kialakulása.

Megismertem az ajánlott kezelési eljárás a jelenlegivel szemben meglévő egyéb előnyeit is, amelyek: a légzés (lélegeztetés) hatékonyabbá válása, az egyszerűbb légúti és szájüregi toilette.

Szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, melyeket megértettem, és kijelentem, hogy több kérdésem a beavatkozással kapcsolatban nincs.

Kellő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják, ezekért orvosaimat felelősség nem terheli.

4. Felhatalmazom a műtétet végző orvost, illetve orvoscsoportot és asszisztenciáját arra, hogy a műtét során felmerülő, olyan előre nem látható műtéti beavatkozást is elvégezzenek, mely orvosilag indokolt és az egészség megővésére, illetve az élet meghosszabbítására irányul.

5. Beleegyezem az ésszerű határok között szükségesnek tartott vér, gyógyszer, kábítószer, vagy más anyagok beadásába, valamint az orvosok által szükségesnek tartott vizsgálati eljárások alkalmazására.

6. Tudatában vagyok, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során az elutasítás kapcsán keletkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért az orvosokat - akiknek a kezelését nem fogadom el - a felelősség alól felmentem.

7. Tudomásul veszem és elfogadom, hogy a műtétet a szervezeti egységet vezető vagy megbízottja által kijelölt orvos, illetve orvoscsoport végzi el.

.....
kezelőorvos Intenzív Osztály

.....
műtéti beavatkozást végző orvos

.....
beteg vagy törvényes képviselőjének (utóbbi esetben név, szül. idő) aláírása

Mosonmagyaróvár,

NYILATKOZAT

Alulírott(szül. dátum:..... TAJ szám:.....)
tanúsítom, hogy engem,

Dr..... kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A műtéti érzéstelenítés / altatás kockázatát befolyásoló ismert betegségeimről, amelyek kórismszerű (magyarul)

.....
.....

2. A javasolt beavatkozásról (műtéti érzéstelenítés / altatás), amely (magyarul)

1. Helyi érzéstelenítés

2. Regionális vagy vezetési érzéstelenítés

- 2. 1. SPA gerincközei érzéstelenítés gerincvíz punkcióval
- 2. 2. EDA gerincközei érzéstelenítés gerincvíz punkció nélkül
- 2. 3. EDA gerincközei érzéstelenítés a gerinccsatomába vezetett műanyag kanülön át
- 2. 4. Hónalji idegköteg érzéstelenítése
- 2. 5. A végtag érzéstelenítése intravénás módszerrel

3. Altatás (általános érzéstelenítés, narkózis)

- 3. 1. Gépi lélegeztetéssel, légcsőtübszel
- 3. 2. Gépi lélegeztetéssel, arcmaszkkal vagy gégemaszkkal

4. Egyéb módszerek

3. Kijelentem, hogy a beavatkozás (műtéti érzéstelenítés / altatás) természetéről és céljáról, a várható előnyökről és az esetleges kockázatról, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről, az érzéstelenítés egyéb lehetséges módzatairól, valamint a műtét körüli időszak eseményeiről megfelelő tájékoztatást, szóban feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam. Kellő idő áll rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, milyen beavatkozást szeretnék.

4. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelés során a visszautasítás miatt bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A javasolt műtéti érzéstelenítésbe vagy altatásba, valamint az ahhoz szükség esetén kapcsolódó intenzív kezelésbe való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. **Ennek alapján kérem, hogy rajtam a fent javasolt beavatkozást elvégezzék.**

5. Tudomásul veszem, hogy szakszerű beavatkozás esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt és gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják (a nem kívánt rész törölendő):

Érzéstelenítés: gyógyszerek mellékhatásai, érpályába kerülése, keringés- és / vagy légzésleállítás, allergiás reakciók, fejfájás, vizeletelürítési zavarok, vérömleny a szúrás helyén, fertőzés, maradandó idegkárosodás.

Intravénás érzéstelenítés: a végtagot leszorító mandzsetta meghibásodása, a keringésbe került gyógyszer toxikus keringési, idegrendszeri hatásai, keringés- és / vagy légzésleállítás.

Altatás: vénagyulladás, gyógyszerek mellékhatásai, allergiás reakciók, keringési, légzési - lélegeztetési zavarok, nehéz légútbiztosítás következményei (a fogak, a szájüreg vagy az orrüreg lágyrészei, a gége sérülése, rekedtség, oxigénhiányos állapot kialakulása), gyomortartalom légutakba jutása, légzési elégtelenség, izomlázhoz hasonló fájdalom, a kikapcsolt izomműködés mellett a fektetéskor kényszertartás – következményes gerinc, végtagi fájdalom, esetleg bénulás, elhúzódó, esetleg nyugtalan ébredés, fejfájás, émelygés, hányás, idegrendszeri károsodás, keringés- és / vagy légzésleállás, halál. Bizonyos gyógyszerek nagyon ritkán kiválthatnak ún. malignus hipertermiát, ami az anyagcsere egyensúlyának felborulásával, extrém testhőmérséklet emelkedéssel, izommerevséggel, következményes agyi károsodással járhat.

6. Beleegyezem az érzéstelenítéshez / altatáshoz szükséges előre tervezett, vagy váratlanul szükségessé váló beavatkozások elvégzésébe (vér, vérkészítmények, gyógyszerek, vagy más szükséges készítmények adása, centrális véna, vagy valamely artéria katéterezése, műtét utáni tartós lélegeztetés). Ezek fertőzéseket, allergiás reakciókat, légúti szövődményeket okozhatnak. A vérkészítmények adása során a kötelező szűrés ellenére bizonyos vírusok átjutása, ill. az általuk okozott betegségek átvitele (HIV / AIDS, májgyulladás, stb.) nem zárható ki teljesen. Egyetértek az orvosilag indokolt változtatásokkal, és az érzéstelenítés szükség szerinti kiterjesztésével.

7. Tudomásul veszem, hogy a műtéti érzéstelenítést / altatást az osztályvezető főorvos (vagy megbízottja) által kijelölt kezelőorvos fogja végezni. Felvilágosítottak arról, hogy a beavatkozást végző orvos a műtét körüli időszakban folyamatosan kész a beavatkozással kapcsolatban állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni engem.

8. Tudomásom van arról, hogy az intézetben egészségügyi személyzet (orvostanhallgatók, egészségügyi szakdolgozók) képzése is folyik, akiket orvosi titoktartás kötelez.

9. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a műtét napján a kórházból távozom, 24 órán belül alkoholt nem fogyaszthatok, önállóan az utcán nem közlekedhetek, járművet nem vezethetek, fontos jogi döntéseket nem hozhatok, veszélyes háztartási géppel nem dolgozhatok, gyógyszert csak kezelőorvosom tudtával és javaslatára vehetek be.

10. A kapott írásbeli és szóbeli tájékoztatást elegendőnek találtam, feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam, a beleegyező nyilatkozattal kapcsolatban további kérdésem nincs.

Mosonmagyaróvár, 20... hó nap

.....
a tájékoztató orvos aláírása

.....
a beteg (törvényes képviselő) aláírása

.....
1. tanú

.....
2. tanú

SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A betegtől vagy illetékes személytől a hozzájárulás elnyerése miatti késedelem a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, ezért úgy ítéljük meg, hogy sürgősségi műtéti érzéstelenítés / altatás szükséges.

Mosonmagyaróvár, 20... hó nap

.....
1. orvos

.....
2. orvos

Kórelőzmény kérdőív és aneszteziológiai vizit

Kedves betegünk!

Az Ön tervezett műtétéhez szükséges aneszteziológiai vizsgálat előtt, kérjük, tölts ki az alábbi kérdőívet!
Az Ön érdekében kérjük, őszintén nyilatkozzon! Az adatokat orvosi titokként kezeljük.

Beteg neve (olvasható):

TAJ szám:

1. Idegrendszer

- Ismert-e idegrendszeri betegség (pl. epilepsia, érelváltozás, sclerosis multiplex, ...)? ☐ nem ☐ igen,
- Fordult-e elő görcsroham? ☐ nem ☐ igen,
- Előfordult-e súlyos agyi keringészavar, agyvérzés (stroke)? ☐ nem ☐ igen,
- Fordult-e elő központi idegrendszeri gyulladás (pl. agyhártyagyulladás, ...)? ☐ nem ☐ igen,
- Van-e idegrendszeri betegség okozta maradványtünet (pl. beszédzavar, bénulás, ...)? ☐ nem ☐ igen,

2. Keringés

- Ismert-e magas vérnyomás betegség? ☐ nem ☐ igen: Mióta? Kezelik-e?
- Ismert-e szívbetegség? Fordult-e elő szívizominfarktus? ☐ nem ☐ igen: Mikor? Történt-e beavatkozás?
- Előfordul-e nyugalomban vagy fizikai terhelés kapcsán valamelyik az alábbiak közül?
 - szapora szívverés, szívdobogás érzés ☐ nem ☐ igen: Mi váltja ki? Milyen gyakran?
 - légszomj, fulladásérzés ☐ nem ☐ igen: Mi váltja ki? Milyen gyakran?
 - mellkasi fájdalom, bal kar zsibbadás ☐ nem ☐ igen: Mi váltja ki? Milyen gyakran?
- Kardiológiai gondozás esetén az utolsó vizit időpontja: A leletet hozza magával!
- Fordult-e elő vénás keringészavar, trombózis, embólia? ☐ nem ☐ igen: Mikor? Kezelik-e?
- Van-e alsó végtagi visszeresség? ☐ nem ☐ igen

3. Légzés

- Dohányzik-e? ☐ nem ☐ igen: Mióta? Napi adag (szál)?
- Ismert-e légúti- (tüdő)asthma? ☐ nem ☐ igen: Kezelik-e? Utolsó rosszullét ideje?
- Ismert-e krónikus légúti /légzőszervi betegsége? ☐ nem ☐ igen,
- Tüdőgyógyászati gondozás esetén az utolsó vizit időpontja: A leletet hozza magával!
- A legutóbbi tüdőszűrő vizsgálat /mellkasröntgen időpontja: A leletet hozza magával!
- Zajlik-e jelenleg felső légúti gyulladás? ☐ nem ☐ igen: Mióta? Tünetek:

4. Gyomor-bél rendszer

- Fogazat állapota: ☐ saját, javított ☐ kivehető pótlás, protézis ☐ mozgó fog(ak):
- Ismert-e gyomor- vagy nyombélfekély? ☐ nem ☐ igen,
- Ismert-e gyomorsav túltengés, gyomor-nyelőcső reflux? ☐ nem ☐ igen: Kezelik-e?
- Ismert-e gyulladásos bélbetegség? ☐ nem ☐ igen,
- Fordult-e elő gyulladásos májbetegség, sárgaság? ☐ nem ☐ igen,
- Fogyaszt-e napi rendszerességgel alkoholt? ☐ nem ☐ igen: Mit és mennyit (dl)?
- Ismert-e krónikus májbetegség? ☐ nem ☐ igen,

5. Vizelet-kiválasztás

- Ismert-e húgyúti-, ill. vesebetegség? ☐ nem ☐ igen,
- Ismert-e prostata megnagyobbodás? ☐ nem ☐ igen

6. Immunrendszer

- Ismert-e immunológiai, ill. autoimmun betegség? ☐ nem ☐ igen,
- Ismert-e gyógyszerérzékenység? ☐ nem ☐ igen: Melyik gyógyszer(ek)re?
- Ismert-e allergia egyéb anyagokra? ☐ nem ☐ igen: Milyen anyagokra?
- Ismert-e daganatos betegség? ☐ nem ☐ igen: Sugárkezelés /kemoterápia?

7. Egyéb

- Ismert-e cukorbetegség? ☐ nem ☐ igen: Mióta?Kezelik-e?
- Ismert-e pajzsmirigy-betegség? ☐ nem ☐ igen: Kezelik-e?Utolsó kontroll időpontja:
(Három hónapnál nem régebbi lelet szükséges, hozza magával!)
- Ismert-e vérzékenység, vagy fokozott vérárvadás? ☐ nem ☐ igen: Kezelik-e?.....
- Ismert-e zöldhályog? ☐ nem ☐ igen
- Szed-e rendszeresen gyógyszert? ☐ nem ☐ igen: Felsorolás (név, napi adag pontosan!):
.....
.....
- Volt-e már műtété? ☐ nem ☐ igen: Felsorolás:
.....
- Altatás ☐ nem ☐ igen: Szövődmény előfordult-e?
- Érzéstelenítés ☐ nem ☐ igen: Szövődmény előfordult-e?
- Kapott-e életében vérkészítményt? ☐ nem ☐ igen,
- Jelenlegi testsúly: kg
- Volt-e az elmúlt hetek /hónapok során 5-10 kg-ot meghaladó testsúlyváltozása? ☐ nem ☐ igen,
- Volt-e az elmúlt két hét során láza? ☐ nem ☐ igen
- Ismert-e a fentiekén kívül az egészségi állapotát befolyásoló tényező? ☐ nem ☐ igen,

Aláírás:
