

WYWIAD OGÓLNY

Choroby zakaźne (żółtaczkę, AIDS, weneryczne, inne)
Jakie?

tak/nie

.....
.....

Zaburzenia krzepnięcia krwi, nadmierne krwawienie?
Jakie?

tak/nie

?.....
.....

Alergie / nadwrażliwość (katar sienny, astma, inne)
Jakie?

tak/nie

.....
.....

Choroby wewnętrzne (cukrzyca, nadciśnienie, padaczkę)

tak/nie

Jakie?

.....
.....

Choroby płuc (gruźlica, rozedma, inne)

tak/nie

Jakie?.....
.....

Choroby endokrynologiczne

tak/nie

Jakie?.....
.....

Choroby neurologiczne, wylewy, udar mózgu, padaczka , inne

tak/nie

Jakie?.....
.....

Czy przyjmuje Pani/ Pan jakieś leki

tak/nie

Jakie?.....
.....

Czy jest Pani/ Pan nadwrażliwa/y (uczulona) na leki?

tak/nie

Jakie?.....
.....

Czy jest Pani w ciążyKtóry
miesiąc?.....

Inne schorzenia **tak/nie**

.....
.....

Miejscowość, data Podpis opiekuna prawnego(Pesel) Podpis pacjenta Podpis lekarza