



Společnost pro poskytování anesteziologických služeb
Chlupáčová 1176/10
Praha 152 00
IČ : 09544577
anesthesia@medkontakt.cz
jednatel : MUDr. Milan Hrobský

ANESTEZIOLOGICKÝ DOTAZNÍK

Jméno a příjmení:.....
Bydliště:.....
Datum narození:
Zaměstnání:
Výška:..... cm
Váha:..... kg
Alergie :

Máte vysoký krevní tlak?	☐ ano	☐ ne
Léčíte se pro srdeční onemocnění?	☐ ano	☐ ne
Léčíte se pro epilepsii?	☐ ano	☐ ne
Léčíte se na průduškové astma?	☐ ano	☐ ne
Trpíte cukrovkou?	☐ ano	☐ ne
Máte vyjímatelnou zubní protézu?	☐ ano	☐ ne
Kouříte ?	☐ ano	☐ ne
Pijete pravidelně alkohol?	☐ ano	☐ ne
Máte sklony ke krvácení z nosu, sklon k tvoření modřin bez zjevných důvodů apod.?	☐ ano	☐ ne
Došlo u Vás v rodině k výskytu nějakých komplikací (svalová slabost, sklon k maligní hypertemii, apod.)?	☐ ano	☐ ne
Užíváte pravidelně léky ?	☐ ano	☐ ne
pokud ano, uveďte jaké :		
.....		
Prodělal(a) jste v minulosti operaci v celkové anestezii?	☐ ano	☐ ne
Pokud ano, proběhla anestezie bez komplikací?	☐ ano	☐ ne
Pokud ne, uveďte důvod:.....		
.....		

Datum.....

podpis pacienta.....