

Dotazník pre pacienta pred vyšetrením na Angiologickej ambulancii

Meno a priezvisko:

Telefónne číslo:

Trvalé (prechodné) bydlisko a poštové smerovacie číslo:

MENO OBVODNÉHO LEKÁRA:

Vaša hmotnosť:

Vaša výška:

1. Napíšte nám prečo ste prišli na cievne vyšetrenie?
2. Na aké ochorenia sa liečite a aké operácie ste podstúpili?
3. Aké lieky užívate?
4. Na čo máte alergiu? (lieky, potraviny, iné?)
5. Máte problémy so stolicou? s močením? pribrali alebo schudli ste za posledný rok?
6. Máte bolesti na hrudníku? Ťažkosti s dýchaním?
7. Mali ste v minulosti trombózu? Alebo niekto vo Vašej rodine?
8. Fajčíte alebo fajčili ste? (Koľko cigariet denne? Ako dlho?)
9. Akú prácu máte? (sedavá? v stoji? v pohybe?)
10. U žien: koľko pôrodov ste mali? Užívate hormonálnu antikoncepciu? Potraty?

Podpis: