

INFORMACE DŮLEŽITÉ PRO VAŠEHO LÉKAŘE SI MŮŽETE ZAPISOVAT ZDE

Osobní data

Jméno:

Příjmení:

Bydliště:

Telefon:

E-mail:

Věk:

Krevní skupina:

Jsem:

kuřák

nekuřák

Mám (nemoci, obtíže):

-
-
-
-

Mám (kompenzační pomůcky):

kardiostimulátor

kovový implantát

A-V shunt

jiné

Rodiče, pokud žijí, věk, chronická onemocnění. Pokud zemřeli, v kolika letech a na jaké onemocnění.

.....

Čím trpěli:

Otec:

Matka:

CO BY O VÁS MĚL VÁŠ REGISTRUJÍCÍ LÉKAŘ VĚDĚT?

Datum narození:

Hmotnost:

Výška:

Krevní skupina:

Proti čemu jsem očkovan:

Prodělané infekční choroby:

 v dětském věku:

 ostatní:

Alergie: léky, jód, pylové, astma, kožní, včelí bodnutí, potravinové, jiné

Počet potomků:

Počet porodů/potratů (u žen):

Datum první menstruace:

Menopauza:

Jakými chorobami jsem trpěl/a – trpím:

1

2

3

4

Jaké operační výkony jsem absolvoval/a:

.....

.....

Datum a důvod posledních hospitalizací:

1

2

3

4

5

Jaké léky užívám a jak často:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10