

**GIA clinic s. r. o.**  
 zdravotnické zařízení plastické  
 a estetické chirurgie  
 Karlov 1, 79601 Prostějov  
 tel.: **+420 776 008 004**  
 e – mail: info@giaclinic.cz

**GIA clinic s.r.o.**



**MUDr. Jiří Ivánek**  
**MUDr. Ivana Rešková**

### Dotazník před anestezií

<b>Jméno a příjmení:</b>	<b>Identifikační štítek pacienta</b>
<b>Rodné číslo</b> (není-li, tak datum narození):	
<b>Věk:</b>	
<b>Výška:</b>	
<b>Váha:</b>	

**Vzor vyplnění (zatržení):**      **Zakroužkujte správnou odpověď**       ANO       NE

- |  |     |    |
|--|-----|----|
| <b>1.</b> Byl/a jste již někdy operován/a?   | ANO | NE |
| <b>2.</b> Měl/a jste nějaké problémy při narkóze?  | ANO | NE |
| <b>3.</b> Docházíte pravidelně na kontroly k lékaři – specialistovi?<br>K jakému? (kardiolog, plicní, ORL,...) | ANO | NE |
| <b>4.</b> Užíváte pravidelně léky?<br>Jaké? Vypište.....   | ANO | NE |
| <b>5.</b> Máte alergie?<br>Jaké? Vypište.....  | ANO | NE |
| <b>6.</b> Máte často drobné krvácení či modřiny?   | ANO | NE |
| <b>7.</b> Léčíte se se srdcem (infarkt, chlopeň, angina pectoris)?   | ANO | NE |
| <b>8.</b> Máte vysoký krevní tlak?   | ANO | NE |
| <b>9.</b> Trpíte dušností?   | ANO | NE |
| <b>10.</b> Léčíte se s plícemi nebo průduškami?  | ANO | NE |
| <b>11.</b> Léčíte se s cukrovkou?  | ANO | NE |
| <b>12.</b> Léčíte se se štítnou žlázou?  | ANO | NE |
| <b>13.</b> Léčíte se s ledvinami?  | ANO | NE |
| <b>14.</b> Léčíte se s játry?  | ANO | NE |
| <b>15.</b> Léčíte se pro neurologické onemocnění?  | ANO | NE |
| <b>16.</b> Léčíte se s páteří?   | ANO | NE |
| <b>17.</b> Léčíte se na psychiatrii (depresivní stavy, úzkost,...)?  | ANO | NE |
| <b>18.</b> Léčíte se pro nádorové onemocnění?  | ANO | NE |
| <b>19.</b> Léčíte se pro onemocnění očí (šedý, zelený zákal,...)?  | ANO | NE |
| <b>20.</b> Prodělal/a jste žloutenku?  | ANO | NE |
| <b>21.</b> Máte na nohou křečové žíly?   | ANO | NE |
| <b>22.</b> Měl/a jste někdy zánět žil?   | ANO | NE |
| <b>23.</b> Měla/a jste někdy mozkovou příhodu („mrtvičku“)?  | ANO | NE |
| <b>24.</b> Dostal/a jste někdy transfuzi krve?   | ANO | NE |
| <b>25.</b> Měl někdo z Vašich příbuzných nějakou komplikaci při narkóze?                                       | ANO | NE |
| <b>26.</b> Kouříte?<br>Počet cigaret za den.....   | ANO | NE |
| <b>27.</b> Pijete pravidelně alkohol?  | ANO | NE |
| <b>28.</b> Nosíte zubní protézu?   | ANO | NE |
| <b>29.</b> Pro ženy: Jste těhotná?<br>Ve kterém týdnu.....   | ANO | NE |
| <b>30.</b> Pro ženy: užíváte pravidelně antikoncepci?  | ANO | NE |

<b>Datum:</b>	<b>Hodina:</b>	<b>Podpis klientka/y:</b>
<b>Jméno, příjmení lékaře/ky, který/á podal informaci:</b>		<b>Podpis lékaře/ky, který/á podal informaci:</b>

## Informovaný souhlas

<b>Vzor vyplnění (zatržení): Zakroužkujte správnou odpověď</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
Byl/a jsem srozumitelně informován/a o alternativách výkonu prováděných v GIA clinic s.r.o., ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl/a jsem informován/a o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl/a jsem informován/a o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl/a, měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly následně lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

### **Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:**

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé údaje, o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum:	Hodina:	<b>Podpis klienta/ky nebo zákonného zástupce (opatrovníka):</b>

<b>Jméno, příjmení lékaře/ky, který/á podal informaci:</b>	<b>Podpis lékaře/ky, který/á podal informaci:</b>

### **Pokud se klient/ka nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se klient/ka nemohl/a podepsat:**

--

### **Jak klient/ka projevil/a svou vůli:**

--

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka:	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka:	Datum:	Hodina: