

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. Hana Pomajbíková

Dotazník před anestezií

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

Vzor vyplnění (zatřetí):	Zakroužkujte správnou odpověď	☒ ANO	☐ NE
---------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------

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

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

Informovaný souhlas

Vzor vyplnění (zatržení): Zakroužkujte správnou odpověď'	☒ ANO	NE
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 nezamítl/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:	Podpis klienta/ky nebo zákonného zástupce (opatrovníka):

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

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: