

- krwawien z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) tak , nie , nie wiem
16. Choroby oczu (np. jaskra) tak , nie , nie wiem
17. Zmiany nastroju (np. depresja, nerwica) tak , nie , nie wiem
18. Uczulenia - alergie (np. katar sienny, wysypka, uczulenia na pokarmy, leki, plaster, jodynę) tak , nie , nie wiem
- jeśli tak, to na jakie substancje? _____
 jakie są objawy uczulenia? _____
19. Inne schorzenia, nie wymienione powyżej? tak , nie , nie wiem
- jeśli tak, to jakie _____
20. Czy był(a) Pan(i) już kiedyś operowany(a) tak , nie , nie wiem
- Jeśli tak, to kiedy i z Jakiego powodu?

21. Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? tak , nie , nie wiem
22. Czy u krewnych Pana(i) wystąpiły kiedyś powikłania związane ze znieczuleniem? tak , nie , nie wiem
23. Czy miał Pan(i) transfuzję krwi? tak , nie , nie wiem
- kiedy? _____
 czy dobrze zniósł, Pan, zniosła Pani transfuzję krwi? _____
24. Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę? _____
25. Czy jest Pani w ciąży? tak , nie , nie wiem
26. Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne. tak , nie
27. Czy Pan(i) pali tytoń? tak , nie
- ile dziennie _____ od kiedy _____
28. Czy pije Pan(i) alkohol? nie , rzadko , niewiele , regularnie , dużo
29. Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki tak , nie , nie wiem
- jakie? _____

Zgoda na znieczulenie

Po rozmowie z anestezjologiem i zapoznaniu się z ankietą wyrażam zgodę na proponowane znieczulenie.

Data i podpis lekarza

Data i podpis pacjenta