



Palas Athéna, s.r.o.

Hviezdoslavova 509, Praha 4, 149 00

tel. 272 916 680-2, fax 272 916 288

e-mail: info@palas-athena.cz, www.palas-athena.cz

Příjmení a jméno:

Rodné číslo:

Pojišťovna:

1. Byl/a jste v posledním roce hospitalizován/a ve zdravotnickém zařízení?
ANO NE
2. Pro jaké onemocnění? S jakou diagnózou? Uveďte:
3. Uveďte operace, kterým jste se podrobil/a v minulosti. (např.: operace kýly v r.1975)
Operace: v roce
Operace: v roce
Operace: v roce
Operace: v roce

4. Vyskytly se v souvislosti s předchozí anestézií (narkózou) nějaké problémy?
ANO NE
Pokud ano, jaké?

5. Byla Vám někdy podána transfuze krve?
ANO NE
6. Pokud ano, došlo při (po) podání transfuze k nějakým komplikacím? Uveďte jakým.

Trpěl/a jste, nebo trpíte některým z následujících onemocnění?

7. Onemocnění srdce (ischemická choroba srdeční, infarkt, angina pectoris, poruchy srdečního rytmu, srdeční vada, zánět srdečního svalu,)
ANO NE
Uveďte konkrétní chorobu:

8. Onemocnění krevního oběhu a cév (vysoký krevní tlak, křečové žíly, poruchy prokrvení, trombóza, embolie,...)
ANO NE
Uveďte:

9. Onemocnění plic a dýchacích cest (tuberkulóza, záněty plic, astma, chronický zánět průdušek, emfysem-rozedma plic,...)
ANO NE
Uveďte:

10. Onemocnění trávicího systému a jater (vředy, pálení žáhy, žloutenka, cirhoza - ztvrdnutí jater,...)
ANO NE
Uveďte:

11. Onemocnění ledvin a močových cest (zánět ledvin, ledvinové kameny,...)
ANO NE
Uveďte:

12. Nemoci látkové výměny (cukrovka,...)
ANO NE
Uveďte: