

DOTAZNÍK

K PRÍSTROJOVEJ TERAPII

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Správne označte

	Áno	Nie
Poruchy zrážanlivosti krvi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poškodený kožný kryt v oblasti aplikácie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kardiostimulátor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úzkostné a panické stavy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kožné ochorenia (ekzém, herpes zoster)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kĺbové náhrady, aloplastiky (čiastočné kĺbové náhrady)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteosyntetický materiál (po zlomeninách) v oblasti aplikácie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus I. a II. typ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nádorové ochorenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravidita/dojčenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zvýšený/znížený krvný tlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kŕčové žily	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA ABSOLVUJÚCEHO PRÍSTROJOVÚ TERAPIU

Bol(-a) som poučený(-á) o povahe a rizikách prístrojovej terapie. Vyhlasujem, že údaje, ktoré som poskytol(-a) sú pravdivé a nič nebolo zamlčané. Ak sa ohľadom niečoho cítite neisto a nie je to vyššie spomenuté, odporúčame sa VŽDY pýtať vopred.

Súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov, údajov o zdravotnom poistení a archiváciou dokumentov.

V Nitre dňa

Podpis pacienta
(zákonného zástupcu)