

## Předoperační vyšetření před ošetřením chrupu v CA

(pro Senyum clinic, Ječná 550/1, 120 00 Praha 2, telefon: 734 255 676, e-mail: info@senyum.cz)

**Pacient:**

**Rodné číslo:**

**Bydliště:**

**Datum narození:**

**Zdravotní pojišťovna:**

**Anamnéza:**

**OA:**

**Operace v CA:**

**Alergie:**

**Pravidelně užívané léky:**

**RA: otec:**

**matka:**

**sourozenci:**

**Status praesens:**

**výška: ..... cm**

**váha: ..... kg**

**krevní tlak: .....**

**puls: .....**

**Závěr:**

**Bez známek akutního infektu**

**ANO/NE\***

**Poruchy srážlivosti**

**ANO/NE\***

**Schopen výkonu v ambulantní celkové anestezii**

**ANO/NE\***

**Datum:**

**Razítko a podpis lékaře:**

*\*nehodící se škrtnete*