

# ***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