

INNE CHOROBY:

- CHOROBY SERCA (ZAWAŁY SERCA/ZABURZENIA RYTMU SERCA) TAK/NIE
 - LECZENIE: DATA
- NADCIŚNIENIE TĘTNICZE TAK/NIE
 - LECZENIE: DATA
- CUKRZYCA TAK/NIE
- CHOROBA WRZODOWA TAK/NIE
- CHOROBY ZAKAŻNE:
 - GRUŹLICA TAK/NIE
 - ZAPALENIE WĄTROBY TAK/NIE
 - HIV TAK/NIE
- UCZULENIA
 - LEKI TAK/NIE
 -
- CHOROBY TARCZYCY TAK/NIE
- INNE PRZEWLEKŁE CHOROBY TAK/NIE

.....

NOWOTWORY W RODZINIE:

PRZEBYTE INNE ZABIEGI OPERACYJNE TAK/NIE

.....

AKTUALNE DOLEGLIWOŚCI: od kiedy

.....

AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI:

Nazwa leku dawka od kiedy

.....

.....

Podpis pacjenta pesel imię i nazwisko data