**KARDIOLOGICKÉ ODDĚLENÍ NEMOCNICE JIHLAVA p.o.**

**Vrchlického 59, PSČ 586 01 Jihlava**

Formulář pro příjem pacienta k plánovanému výkonu

Vážená paní, vážený pane, chystáte se podstoupit plánovaný výkon v Kardiocentru Vysočina v Nemocnici Jihlava. V souvislosti s Vaší hospitalizací a nutnou přípravou před podstoupením výkonu je nutné vyplnění tohoto formuláře. Veškeré informace uvedené ve formuláři musí být aktuální a zcela pravdivé.

Jméno a příjmení, titul: …………………………………………………………….… Pojišťovna: ……………

Datum narození: ………………………………………….. Rodné číslo: …………………………………………

Bydliště – adresa současného pobytu: ………………………………………………………………………………

Telefonní číslo: ………………………………………………

Praktický lékař (jméno, příjmení, obec): ……………………………………………………………………………..

Dispenzarizující kardiolog (jméno, příjmení): ……………………………………………….……………………..

**Informace o kontaktní osobě (v případě, že si nepřejete podávat informace, nevyplňujte):**

Jméno a příjmení: …………………………………… Telefonní číslo: …………………………………………….

Vztah k přijímané osobě (např.: dcera, vnuk, atd.): ………………………………………………………….…

Jméno a příjmení: …………………………………… Telefonní číslo: ………………………………………….…

Vztah k přijímané osobě (např.: dcera, vnuk, atd.): ………………………………………………………….…

Jméno a příjmení: …………………………………… Telefonní číslo: ………………………………………….…

Vztah k přijímané osobě (např.: dcera, vnuk, atd.): ………………………………………………………….…

**Sociální anamnéza** (uveďte vaše povolání a zda žijete v domácnosti sám/a, nebo s někým):

……………………………………………………………………………………………………………………………..……..

**Pracovní anamnéza** (uveďte vaše povolání / invalidní důchod / starobní důchod):

……………………………………………………………………………………………………………………………..……..

Požadujete vystavení pracovní neschopnosti – ANO / NE

Pokud ANO uveďte zaměstnavatele včetně adresy:

……………………………………………………………………………………………………………………………..……..

……………………………………………………………………………………………………………………………..……..

**Alergická anamnéza** (uveďte, zda máte na něco alergii): .……………………………………………..……..

……………………………………………………………………………………………………………………………..……..

**Alergie na jód / kontrastní látku :**  ANO / NE

(pokud ANO, upřesněte): …………………………………………………………………………………………………

**Kouření** (nehodící se škrtněte): nekuřák

* kuřák/kouření v minulosti (uveďte počet let a počet cigaret za den): …………………………………

**Alkohol** (nehodící se škrtněte): abstinent/příležitostně

* pravidelně (uveďte počet alkoholických nápojů v průměru za týden): ……………………………….

**COVID-19** (nehodící se škrtněte): neočkován / očkován , prodělal / neprodělal

**Diabetes mellitus**, neboli cukrovka (nehodící se škrtněte):

nemám / na dietě / na PAD (tablety) / na INZ

**Krvácivé projevy** (krve v moči, ve stolici, krvácení z nosu a podobné): ANO / NE

(pokud ANO, upřesněte): …………………………………………………………………………………………………

.……………………………………………..…………………………………………………………………………………….

**Rodinná anamnéza** (uveďte, zda měl někdo v rodině srdeční onemocnění či náhlé úmrtí): .……………………………………………..…………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………..……..

**Osobní anamnéza (chronická onemocnění, operace, úrazy):**

Vysoký krevní tlak – ANO / NE

Vysoký cholesterol – ANO / NE

Onemocnění srdce (pokud ANO, upřesněte): ……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………..……..

……………………………………………………………………………………………………………………………..……..

Chronická onemocnění (pokud ANO, upřesněte): ……………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………..……..

……………………………………………………………………………………………………………………………..……..

……………………………………………………………………………………………………………………………..……..

……………………………………………………………………………………………………………………………..……..

Prodělané operace (pokud ANO, upřesněte): ……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………..……..

……………………………………………………………………………………………………………………………..……..

**Užívané léky**

Obsah obrázku text, číslo, snímek obrazovky, Paralelní

Popis byl vytvořen automaticky