



Saint James Hospital – Magyarország – Elővizsgálati kérdőív

| | |
|--------------------------------|--|
| Név: | |
| Lakcím: | |
| TAJ vagy útleveél szám: | |
| Telefonszám: | |
| Születési dátum: | |
| E-mail cím: | |

Kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre az Igen, vagy a Nem megjelölésével!

Kérjük egészítse ki a válaszát ott, ahol szükséges!

| | Igen | Nem | Egyéb / Megjegyzések |
|---|------|-----|----------------------|
| Milyen vizsgálatra érkezett hozzánk? | | | |
| • Műtét előtti alkalmassági vizsgálatra (kérjük írja le a műtét típusát) | | | |
| • Általános szemvizsgálat | | | |
| • Egyéb (kérjük írja le a vizsgálat típusát) | | | |
| Az elmúlt évben járt-e szemészeti vizsgálaton? | | | |
| Használ-e jelenleg bármilyen szemcseppet? Ha igen, kérjük írja le a nevét: | | | |
| Előfordult-e a családjában bármilyen szembetegség? Ha igen, milyen? | | | |
| Hord kontaktlencsét? | | | |
| Ha igen, milyen típusút, és mikor volt utoljára a szemén? | | | |
| • Lágý | | | |
| • Kemény | | | |
| • Tórikus, félkemény | | | |
| Hord-e szemüveget távolra, mióta? | | | |
| Hord-e olvasószemüveget, mióta? | | | |
| Volt/van-e bármilyen szembetegsége? Ha igen, milyen? | | | |

| | Igen | Nem | Egyéb / Megjegyzések |
|---|------|-----|----------------------|
| Érte-e valaha sérülés a szemét? Ha igen, kérjük részletezze: | | | |
| Volt-e valaha bármilyen szemműtété? Ha igen, kérjük részletezze: | | | |
| Általános betegségek | | | |
| • Autoimmun betegség | | | |
| • Keloid hajlam, sebgyógyulási zavar | | | |
| • Ekcéma | | | |
| • Cukorbetegség | | | |
| • Magas vérnyomás | | | |
| • Szívproblémák, pészmeéker | | | |
| • Egyéb (pl. asztma, epilepszia stb.): | | | |
| Szed-e jelenleg gyógyszert, vagy bármilyen táplálék kiegészítőt? Ha igen, milyen? | | | |
| Volt-e valamilyen műtétje korábban? Ha igen, kérjük részletezze: | | | |
| Kapott-e már valaha érzéstelenítőt? (helyi vagy általános érzéstelenítőt) | | | |
| Terhes-e, vagy szoptat-e jelenleg? | | | |
| Tervez-e terhességet a következő 6 hónapban? | | | |
| Allergiás-e bármilyen gyógyszerre, vagy gyógynövényre? Ha igen, kérjük adja meg, hogy mire: | | | |
| Szenved-e allergiától? Ha igen, kérjük adja meg, hogy pontosan mitől? | | | |
| Kezelték-e valaha stressz vagy szorongás miatt? | | | |

Páciens nyilatkozata:

Kijelentem, hogy a fentiek igazak, és nem titkolok el semmilyen egyéb – az egészségi állapotommal vagy más tényezővel kapcsolatos – információt, mely befolyásolhatja a kezelési tervemet. Megértettem, hogy amennyiben az változna, az én felelősségem tájékoztatni a kezelőorvosomat a változásokról.

| | |
|--|--------------------------------|
| Páciens aláírása: | Név nyomtatott betűvel: |
| Egészségügyi szakértő aláírása: | Név nyomtatott betűvel: |

Dátum: