

**WYWIAD DOTYCZĄCY PACJENTA**

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

**W celu identyfikacji źródeł zagrożeń w czasie zabiegu prosimy o odpowiedź na następujące pytania:**

1) Czy choruje Pan/Pani na choroby metaboliczne: cukrzycę, nad- lub niedoczynność tarczycy, choroby nerek\*? Tak / Nie

2) Czy choruje Pan/Pani na choroby serca, naczyń, zaburzenia rytmu, nadciśnienie\*? Tak / Nie

Jeśli tak, to jakie? .....

3) Czy przyjmuje Pan/Pani leki związane z przerostem gruczołu krokowego (prostaty)? Tak / Nie

Jeśli tak, to jakie? (wymienić wszystkie) .....

**UWAGI LEKARZA WYNIKAJĄCE Z ROZMOWY Z PACJENTEM**

(np. indywidualne ryzyko pacjenta i stąd wynikające dodatkowe możliwe komplikacje, ograniczenie zgody pacjenta np. odnośnie podawania krwi, możliwe skutki dla pacjenta w przypadku braku zgody lub przesunięcia operacji, powody niewyrażenia zgody przez pacjenta)

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
czytelny podpis pacjenta  
lub jego przedstawiciela ustawowego

.....  
podpis i pieczętka osoby zbierającej  
wywiad

\* niewłaściwe skreślić