

Pacienta aptauja pirms ūdens procedūrām

Pacienta vārds, uzvārds: _____

Personas kods _____

Dzimums _____

 Sieviete

 Vīrietis

Lūdzu, atbildiet uz jautājumiem liekot “+” attiecīgajā ailītē (“Jā” vai “Nē”). Ja nesaprotat jautājumu vai nevarat precīzi atbildēt, lietojiet “?”.

Vai Jums ir bijušas vai pašlaik ir:	Jā	Nē	Piezīmes
Alerģija			
Zarnu trakta darbības traucējumi			
Hroniska saslimšana			
Onkoloģiska saslimšana			
Epilepsija			
Sirds un asinsvadu slimības			
Tromboze/ dziļo vēnu tromboze			
Izteikta vēnu varikoze			
Elektroimplanti			
Tūska – kāju pietūkums			
Augsts/ zems asins spiediens			
Inficētas ādas brūces, atvērtas čūlas			
Ādas saslimšanas			
Elpošanas ceļu slimības			
Paaugstināta temperatūra vai drudzis			
Neseni sastiepumi vai muskuļu traumas			
Jušanas traucējumi			
Asinsrites problēmas			
Slikta dūša			
Operācijas pēdējo 3 mēnešu laikā			
Jautājumi sievietēm:			
Vai Jums ir grūtniecība?			
Vai jums ir menstruācijas?			

Apliecinu, ka visa manis sniegtā informācija ir patiesa. _____

pacienta paraksts, datums

Speciālists:

 amats, paraksts, atšifrējums

 datums