

**Vážení pacienti, prosíme o vyplnění dotazníku
před EMG / EP vyšetřením**

Jméno a příjmení:

Telefon:

Výška:

Váha:

Bydliště - ulice,město,PSČ:

Zakroužkujte správnou odpověď:

Jste pravák nebo levák (kterou rukou píšete)?	levák	pravák
---	--------------	---------------

Berete léky ovlivňující srážení krve? jaké:	ano	ne
---	------------	-----------

Máte krvácivé nemoci (např. hemofilie či jiné ?) jaké:	ano	ne
--	------------	-----------

Máte kardiostimulátor/jiný stimulátor?	ano	ne
--	------------	-----------

Máte alergii na desinfekční látky, náplast? na co jste alergičtí:	ano	ne
---	------------	-----------

Měl/a jste žloutenku nebo jiné infekční onemocnění v minulosti či nyní? jaké jste měl/a infekční onemocnění:	ano	ne
--	------------	-----------

Máte cukrovku (diabetes mellitus)	ano	ne
-----------------------------------	------------	-----------

Již jste u nás absolvoval/a EMG/EP vyšetření kdy to bylo:	ano	ne
---	------------	-----------

Datum vzniku potíží, pro které přicházíte (pokud nevíte, tak odhadem):

Podpis:

Datum:

Děkujeme !

EM2021-01-02 verze5