



.....  
(Imię i nazwisko Pacjenta)

.....  
(PESEL)

### KWESTIONARIUSZ

(prosimy o zaznaczenie prawidłowej odpowiedzi krzyżykiem)

L.p.	Pytanie	TAK	NIE
1.	Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień (po drobnych skaleczeniach, urazach) bądź do powstawania uporczywych sińców po urazach mechanicznych wymagających interwencji medycznej ?		
2.	Czy osoby najbliższej spokrewnione mają podobne objawy?		
3.	Czy zażywa Pan/ Pani leki wpływające na krzepliwość krwi (aspiryna, polocard, acard, xarelto, clopidorel, acenocumarol, warfaryna, sintrom, inne)?		
4.	Czy występują u Pana/Pani alergie lub uczulenie na leki? Jakie.....		
5.	Czy występują u Pana/Pani choroby oczu (zaćma, jaskra)?		
6.	Czy występuje u Pani /Pana cukrzyca, która wymaga podania insuliny?		
7.	Czy występują u Pana/Pani choroby układu krążenia lub układu oddechowego? Jakie.....		
8.	Czy wszczepiono Panu/Pani zastawkę serca, stymulatory/defibrylatory serca, protezy naczyniowe? Jakie.....		
9.	Czy istnieją jakiegokolwiek przeciwności do wykonywania zabiegu? Jakie.....		

.....  
(Data)

.....  
(Podpis pacjenta)