

VPRAŠALNIK PRED ZAČETKOM REHABILITACIJE

Ime in priimek pacienta: _____

Spoštovani,
zaradi bolj celostne obravnave vas pred začetkom rehabilitacije prosimo, da odgovorite na spodnja vprašanja:

Ali imate kakšne alergije? **DA** **NE**

Če je odgovor "DA", prosimo zapišite kakšne alergije:

Ali imate kakšno dieto? **DA** **NE**

Če je odgovor "DA", prosimo zapišite kakšno:

Ali imate srčni spodbujevalnik, vsadni kardioverter-defibrilator (ICD), stimulatorje, senzorje? **DA** **NE**

Če je odgovor "DA", prosimo napišite, katero elektrostimulacijsko napravo imate:

Ali prebolevate oziroma ste v preteklosti preboleli rakasto obolenje? **DA** **NE**

Če je odgovor "DA", prosimo napišite, katero rakasto obolenje prebolevate oziroma ste ga preboleli:

Ali prejimate zdravila? **DA** **NE**

Če je odgovor »DA«, prosimo, da izpolnite spodnjo razpredelnico:

Ime predpisanega zdravila	Odmerek/količina/doza (mcg, mg, enote)	Način aplikacije: število tablet/kapsul/injekcij na dan/teden in čas aplikacije
Npr. LEKADOL INZULIN (npr. LANTUS, NOVOMIX)	500 mg	(3x1) ali pri insulinu npr. 15 IE ZJUTRAJ + 10 IE OPOLDNE + 15 ZVEČER

Vljudno vas prosimo, da na rehabilitacijo prinesete izpolnjen in podpisan vprašalnik, ki ga oddate v sprejemni ambulanti, ko imate dogovorjen pregled pri zdravniku. Prav tako vas prosimo, da na rehabilitacijo prinesete tudi vsa zdravila, ki jih jemljete.

Podpis pacienta: _____