

Fájdalomterápiás kérdőív

Fájdalom Ambulanciára történő időpontfoglalást követően kérjük az alábbi kérdőívet töltsse ki és juttassa el a fajdalom.ambulancia.nyiregyhaza@szszbmk.hu e-mail címre.

Páciens neve: _____

Születési idő: _____

TAJ: _____

Telefon: _____

Email: _____

Milyen és mióta fennálló panasz miatt szeretné felkeresni Fájdalom Ambulanciánkat?

Kezelték már Önt másik Fájdalom Ambulancián?

☐ Igen; Hol? / Mikor? / Végeztek- e beavatkozást? Ha igen, milyen beavatkozás történt?

☐ Nem

Milyen vizsgálatokat végeztek már el a fájdalma kivizsgálása kapcsán?

☐ Röntgen Dátum: _____

☐ CT vizsgálat Dátum: _____

☐ MRI Dátum: _____

☐ Egyéb: Dátum: _____

Milyen munkát végez?

☐ Teljes állás ☐ Részmunkaidő ☐ Ülő ☐ Nyugdíjas

☐ Fizikai ☐ A fájdalom miatt nem dolgozik ☐ Egyéb: _____

Milyen belgyógyászati betegségekről tud? (röviden sorolja fel ezeket)

Volt-e korábban műtété? Milyen és mikor?

Rendszeresen szedett gyógyszerek (véralvadásgátló? fájdalomcsillapító?):

Amennyiben véralvadásgátlót szed, az elmúlt egy évben átesett-e koszorúér tágításon, érsebészeti beavatkozáson, stroke-on vagy tüdőembólián?

Tud-e gyógyszerérzékenységről?

Testsúly: _____ kg Testmagasság: _____ cm