KRIOCENTRUM

centrum liposukcji

CONSULTATION

Patient:…….
……
Age:……

1.Treatment
No
……
……
……

2.Operations
No
……
……
……

3.Post-anaesthetic complications:
Patient:…….
…….. No
Relatives: ……..
No

4.Muscular diseases
Patient: …….. No
Relatives: ……
No

5.Arterial hypertension Yes No
RR…….

6.Heart diseases No
……
……

7.Pulmonary and bronchial diseases
No
……

8.Hepatic diseases No
……

9.Renal diseases No
……

10. Diabetes Yes No

11. Varicose veins of lower extremities
Yes No

12. Nervous system diseases No
……

13. Mental diseases No
……

14. Allergies No
……
……
……

15. Other diseases and/or injuries No
……..
……
……

16.A smoker? Yes No

17. Tests - comments
……..
……
……
……

ASA group
……

The patient has been classified as fit for anaesthesia.
……
……
……

……..
Anaesthesiologist's signature

NZOZ Kriocentrum ; Centrum Liposukcji
05-420 Józefów, ul. Wyszyńskiego 103
Tel: **22 423 01 87**
22 779 28 21
recepcja@centrumliposukcji.pl
www.centrumliposukcji.pl