



SPECIALISTIČNA KLINIKA
DVOREC LANOVŽ

IME _____ PRIIMEK _____ DATUM ROJSTVA _____

AKTUALNE TEŽAVE (Opišite težave, zaradi katerih prihajate, koliko časa trajajo, ali ste v zvezi z njimi opravili že kakšne preiskave...):

PREDHODNE BOLEZNI:

OPERACIJE:

ZDRAVILA (Katera zdravila prejimate in v kakšnih odmerkih?):

Zdravilo	Doza (g, mg, mcl)	Odmerek (x dan/teden/mesec)

ALERGIJE:	NE	DA
Snov:	Opis reakcije:	
Snov:	Opis reakcije:	

RAZVADE:

Kajenje:	NE	DA	Če da, koliko:
Alkohol:	NE	DA	Če da, koliko:
Nedovoljene substance:	NE	DA	Če da, koliko:

IZOBRAZBA:

POKLIC:

ROČNOST:	desničen	levičen	obojeročen
-----------------	----------	---------	------------