



Meno a priezvisko:	Rodné číslo:
Alergia:	Telefónne číslo/mail:

Aby sme u Vás znížili riziko komplikácií, zakrúžkujte nám prosím Vašu odpoveď na nasledujúce otázky

Mali ste za posledných 24 hodín teplotu?	ÁNO	NIE
Užívate antibiotiká pre akútny infekť?	ÁNO	NIE
Trpíte na ťažkú formu cukrovky?	ÁNO	NIE
Liečite sa na epilepsiu?	ÁNO	NIE
Liečite sa na nádorové ochorenie?	ÁNO	NIE
Máte niekde na tele defekt na koži, príp. infekciu kože?	ÁNO	NIE
Ste sledovaný/á pre poruchu zrážanlivosti krvi?	ÁNO	NIE
Liečite sa na akútny zápal žíl?	ÁNO	NIE
Liečite sa na srdcovú nedostatočnosť a hypertenziu?	ÁNO	NIE
Liečite sa na zvýšenú činnosť štítnej žľazy	ÁNO	NIE
Gravidita?	ÁNO	NIE
Užívate niektorý z týchto liekov? Warfarín, Xarelto, Eliquis, Lixiana, Xanirva, Clexane, Fraxiparine, Antithrombin III	ÁNO, uveďte:	NIE
Máte strach z injekcií?	ÁNO	NIE

Možné komplikácie v súvislosti s podaním liečiva

- miestne (lokálne)

Dočasná lokálna bolesť

Dočasný lokálny opuch

Poškodenie ciev – modrina

Poškodenie nervov - dočasné znecitlivenie vplyvom lokálneho anestetika- spontánna úprava v priebehu hodín

Lokálne zápalové prejavy (začervenanie, absces)

Poškodenie svalu – dočasná bolesť, opuch, modrina

- celkové (systémové)

Celkové zápalové prejavy - sepsa

Alergická reakcia - celková systémová toxicita, resuscitácia

Pokles krvného tlaku

Poruchy dýchania

Svojím podpisom potvrdzujem, že som poučený/á a informovaný/á podľa zákona č. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti § 6 o účele, povahe, postupe, možných rizikách, komplikáciách poskytovanej zdravotnej starostlivosti a **svojím podpisom** potvrdzujem svoj súhlas s danou liečbou. Zároveň prehlasujem, že som sa oboznámil/a s indikáciami, kontraindikáciami a komplikáciami danej procedúry.

Som si vedomý/á, že uvedená liečebná procedúra nie je hrazená z verejného zdravotného poistenia a súhlasím s úhradou poplatku podľa cenníka Šnop.

Prehlasujem, že som pri poskytovaní anamnestických údajov nezatajil/a žiadne vážne ochorenia a údaje sú pravdivé.

V prípade výskytu kontraindikácii alebo komplikácií počas podávania injekčnej liečby som povinný/á túto skutočnosť oznámiť ošetrojúcemu lekárovi alebo sestre.

V prípade, že sa na objednaný termín neviete dostať, je potrebné sa odhlásiť min. 24 hodín vopred (osobne na recepcii alebo emailom na objednavanie@snop.sk .

Nedostavením sa na termín alebo neodhlásením Vami objednaného termínu včas (min. 24 hod. vopred), vznikne voči Vám právo na zaplatenie manipulačného (storno) poplatku vo výške uvedenej v aktuálne platnom [Cenníku](#) poskytovateľa <https://www.snop.sk/cenniky/> a za podmienok uvedených vo Všeobecných obchodných podmienkach. <https://www.snop.sk/nemocnica/vseobecne-obchodne-podmienky/> .

Pacient objednaním sa na poskytovanie predmetnej zdravotnej starostlivosti zároveň potvrdzuje, že súhlasí s uvedenými podmienkami a [všeobecnými obchodnými podmienkami](#) – <https://www.snop.sk/nemocnica/vseobecne-obchodne-podmienky/> .

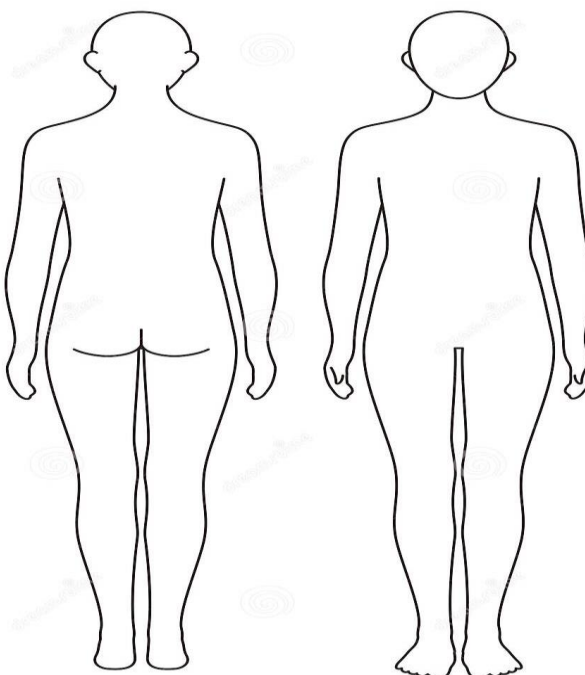


POČET LOKALÍT: max 2

POČET PODANÍ: 10-15

Zakreslite na obrázku krížikmi **XXX** lokalitu

Vašej bolesti



ČÍSLO PODANIA	DÁTUM A ČAS PODANIA	LOKALITA A ÚČINNÁ LÁTKA	PODAL: PODPIS A PEČIATKA
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

Poznámka:

Použité skratky:

HAZ=hyperalgická zóna (okrsok kože s myofasciálnymi zmenami, PVS=paravertebálne svalstvo, C= cervikálna (krčná) oblasť, Th=thorakálna (hrudná) oblasť, L=lumbálna (drieková) oblasť, LS=lumbosakrálna oblasť, Periskapulárne= okolo lopatky, I.dx. = pravá strana, I.sin.=ľavá strana, SI=sakroiliakálny kĺb, PK=plecový kĺb, KK=kolenný kĺb, BK=bedrový kĺb