Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije

Obrazec za pregled pri zdravniku

Datum_____

Ura _____

Moje glavne kontaktne osebe

Tu si lahko zabeležite ključne kontaktne podatke o zdravniku, medicinski sestri ali drugem ponudniku zdravstvenih storitev.

Ime	Telefon	Naslov/kraj	Opombe

Glavna vprašanja za zdravnika

Prazen prostor, kamor si lahko zapišete vprašanja, ki bi jih želeli postaviti zdravniku med obiskom. Primeri vprašanj:

1. Bral/a sem o različnih vrstah zdravljenja za preprečevanje možganske kapi. Katera zdravila trenutno jemljem za preprečevanje tveganja kapi?
2. Bodo zdravila, ki jih jemljem, vplivala na zdravila, ki jih jemljem zaradi drugih bolezni?
3. Službeno veliko potujem. Menite, da bo to vplivalo na moje zdravljenje ali bo tveganje za možgansko kap zaradi tega večje?

Opombe zdravnika

Sem si zapišite opombe svojega zdravnika.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Moja zdravila

Lahko si zapišete, katera zdravila jemljete, in se o tem pogovorite z zdravnikom

Ime zdravila	Odmerek	Čas jemanja

Naslednji obisk pri zdravniku:

Datum: _____

Ura: _____