

ÜLIKÜLMRAVI

Enne ülikülmravi vajame rohkem infot teie tervisliku seisundi kohta. Palun täitke allolev ankeet ja andke see ravile saabudes raviõele.

Palun märkige, kas teil on:

	jah	ei
1. kardiostimulaator (südame rütmur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. südame rütmihäireid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. sage stenokardia (pigistav valuhoo rignus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. raske astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ägedaid ajuvereringehäireid, tasakaaluhäireid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. (või on olnud) trombembooliat (verehüübed veresoontes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Palavik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. äge hingamisteede põletik (bronhiit jt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. äge kuseteede põletik (põiepõletik jt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. kõrge vererõhk (kõrgem kui 170/90)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. (või on olnud) klaustrofoobia (kinnise ruumi kartus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muu oluline info teie tervise kohta:

.....
.....

Olen tutvunud ülikülmravi infolehega ja olen teadlik vastunäidustustest.

Nimi

Allkiri

Kuupäev