**ŽIADOSŤ O ZARADENIE DO VÝSKUMU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Meno a priezvisko:** | |  | |
| **Rok narodenia:** | |  | |
| **Kontakt** | **e-mail:** |  | |
| **Tel. č.:** |  | |
| **Adresa:** |  | |
|  | |  | |
| **Diagnóza:** | |  | |
| **Bližšia špecifikácia ochorenia:** | |  | |
| **Dátum diagnostikovania ochorenia:** | |  | |
| **Zdravotnícke zaradenie, v ktorom Vám bolo ochorenie diagnostikované:** | |  | |
| **Doterajšia liečba:** | |  | |
| **Iné ochorenia:** | |  | |
|  | |  | |
| **Boli ste už liečený hyperbarickou oxygenoterapiou?** | |  | |
| **Koľko expozícií ste už absolvovali?** | |  | |
| **V ktorom zdravotníckom zariadení ste absolvolali hyperbarickú oxygenoterapiu?** | |  | |
| **Ste alebo boli ste v minulosti liečený na nasledovné ochorenie?**  **Ak áno, kedy?** | | **Pneumotorax:** |  |
| **Emfyzém s hyperkapniou:** |  |
| **Epilepsia:** |  |
| **Infekcie horných dých.ciest:** |  |
| **Hyperpyrexia:** |  |
| **Hereditárnu sférocytóza:** |  |
| **Klaustrofóbia:** |  |
| **Časté zápaly sredoušia:** |  |
| **Ste liečený doxorubicínom, cis-platinou, disulfiramom?** | |  | |
| **Absolvoali ste niektorú z nasledovných operácií? Ak áno, kedy?** | | **Hrudná operácia:** |  |
| **Operácia stredoušia:** |  |
| **Operácia hrtanu:** |  |
|  | |  | |
| **Poznámka:** | |  | |
| **Dátum:** | |  | |
| **Podpis:** | |  | |