

11. Ali ste že preboleli možgansko kap? NE DA (Kdaj? _____)
12. Ali ste noseči? NE DA
13. Kolikokrat tedensko ste telesno aktivni? 0 x 1 x 3 x več kot 3 x
14. Koliko časa traja aktivnost, s katero se ukvarjate? <1/2 ure 1/2ure 1uro >1uro
15. Katera zdravila jemljete (napišite tudi inhalacijsko terapijo, če jo imate)?

V primeru, da imate dodatna vprašanja o predvideni preiskavi, se, prosimo, obrnite na osebje našega Oddelka za respiratorno funkcijsko diagnostiko.

Če se strinjate s predvideno preiskavo, ki smo jo opisali v zgornjem besedilu, se, prosimo, podpišite.

Vaš podpis ne pomeni, da s tem prevzimate vso odgovornost za potek preiskave, pač pa pomeni, da ste z njo seznanjeni.

Datum: _____

Podpis preiskovanca: _____