

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

.....
Priezvisko a Meno

.....
Rodné číslo

Tento dotazník slúži výhradne ku informovanosti Vášho lekára a podlieha lekárskemu tajomstvu. Venujte dostatočnú pozornosť jeho vyplneniu - pre lepšiu prehľadnosť **správne odpovede zaškrtnite alebo vypíšte, v prípade potreby napíšte na druhú stranu.**

Povolanie/Profesia: Výška: Hmotnosť:

Ste v čiastočnom alebo úplnom invalidnom dôchodku? Nie Áno

Fajčenie Nie Áno Koľko rokov:..... 0-10 10-20 20 a viac ks/denne

Alkohol Nie Áno Druh a množstvo týždenne:

Iná závislosť Nie Áno Aká?

Pohybová aktivita Nie Občas Áno, pravidelne

Očkovanie proti tetanu Rok Iné očkovania (hepatitída, tyfus):

Nosíte okuliare? Nie Áno

Lieky, ktoré užívate:

Alergie – uveďte na čo?

INFORMÁCIE O VAŠICH PRÍBUZNÝCH (priami príbuzní – rodičia, súrodenci, deti)

Liečia/liečili sa Vaši priami príbuzní na niektoré z uvedených ochorení?

nádorové ochorenie (rakovina)

tuberkulóza

srdcový infarkt

cukrovka

zápal žíl, trombóza

astma

vysoký krvný tlak

ochorenia štítnej žľazy

mozgová príhoda (porážka)

psychické choroby (depresie, samovraždy v rodine, schizofrénia apod.)

iné

OSOBNÁ ANAMNÉZA

1) Prekonali ste alebo sa liečíte niektoré z uvedených ochorení?

časté angíny

nervové ochorenie

mozgová príhoda

zápal žíl

cukrovka

vysoký krvný tlak

ochorenie štítnej žľazy

psychiatrické ochorenie

poruchy hladiny tukov

infekčné ochorenie

očné ochorenie

kožné ochorenie

ochorenie pohybového systému

ochorenie močových ciest, obličiek

ochorenie tráviaceho systému

srdcový infarkt alebo iné ochorenie

gynekologické ochorenie

nádorové ochorenia

opakované zápal priedušiek,

ochorenie krvi, poruchy

psychické poruchy - úzkosť,

pľúc, astma

zrážanlivosti - zvýšená/znížená

panika, fobie

neliečim sa na dané ochorenia a nie som si vedomý, že by som niektoré prekonal

iné

2) Boli ste niekedy operovaný? Ak áno, uveďte rok a dôvod:

3) Mali ste vážnejší úraz? (zlomenina, otras mozgu a pod.) Ak áno, uveďte rok a nález:

4) Navštevujete pravidelne niektorú špecializovanú ambulanciu? (Názov/Meno lekára)

5) Máte v súčasnosti ťažkosti s?

dýchaním

spánkom

stolicou

močením

chuťou do jedla

nemám ťažkosti

výraznejšie som pribral(a) za posledný rok

výraznejšie som schudol(a) za posledný rok

iné –

Svojim podpisom potvrdzujem, že som dotazník pochopil(a), údaje uviedol pravdivo, a že zamĺčanie dôležitých skutočností môže mať vplyv na moju ďalšiu liečbu a prípadne aj poškodenie zdravia.

.....
Dátum

.....
Podpis