

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 Ak áno, aká?

Pohybová aktivita Nie Občas áno, pravidelne

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

Nosíte okuliare? Nie Áno

Lieky, ktoré užívate:
.....
.....

Alergie (vypíšte na čo máte alergiu)
.....
.....

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
zápaly 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 liečite niektoré z uvedených ochorení?

časté angíny	nervové ochorenie
mozgová príhoda	zápaly 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 zápaly priedušiek, pľúc, astma	psychické poruchy - úzkosť, panika, fobie
ochorenie krvi, poruchy zrážanlivosti - zvýšená/znížená	
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

vyraznejšie som pribral(a) za posledný rok

vyraznejšie som schudol(a) za posledný rok

iné –

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

.....

Dátum

.....

Podpis