

Anamnestický dotazník

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.

Meno, priezvisko, titul:.....Dátum narodenia:.....
Povolanie/Profesia:.....Výška:.....Hmotnosť:.....
Krvná skupina:.....

OSOBNÁ ANAMNÉZA

Prekonali ste alebo sa liečite na niektoré z uvedených ochorení?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ochorenie pohybového systému | <input type="checkbox"/> očné ochorenie |
| <input type="checkbox"/> časté angíny, opakované zápaly dýchacích ciest | <input type="checkbox"/> kožné ochorenie |
| <input type="checkbox"/> nervové ochorenie | <input type="checkbox"/> ochorenie močových ciest,obličiek |
| <input type="checkbox"/> mozgová príhoda | <input type="checkbox"/> ochorenie tráviaceho systému |
| <input type="checkbox"/> zápaly žíl | <input type="checkbox"/> srdcový infarkt alebo iné ochorenie |
| <input type="checkbox"/> cukrovka | <input type="checkbox"/> gynekologické ochorenie |
| <input type="checkbox"/> vysoký krvný tlak | <input type="checkbox"/> nádorové ochorenia |
| <input type="checkbox"/> ochorenie štítnej žľazy | <input type="checkbox"/> ochorenie krvi, poruchy zrážanlivosti - zvýšená/znížená |
| <input type="checkbox"/> poruchy hladiny tukov | <input type="checkbox"/> Neliečim sa na dané ochorenia a nie som si vedomý, že by som niektoré prekonal |
| <input type="checkbox"/> psychické poruchy - úzkosť,panika,fóbie | |
| <input type="checkbox"/> psychiatrické ochorenie | <i>iné</i> |
| <input type="checkbox"/> infekčné ochorenie | |

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

.....

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

.....

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

.....

Lieky, ktoré užívate:

.....

Alergie (vypíšte, na čo máte alergiu)

.....

.....

Očkovanie proti tetanu

rok

Iné očkovania (hepatitída, tyfus):.....

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

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

Zomreli vo veku nižšom ako 65 rokov? áno/ nie

- | | | | |
|--|-------------|--------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> nádorové ochorenie (rakovina) | <i>otec</i> | <i>matka</i> | <i>súrodenec</i> |
| <input type="checkbox"/> srdcový infarkt, vysoký tlak krvi | <i>otec</i> | <i>matka</i> | <i>súrodenec</i> |
| <input type="checkbox"/> cukrovka, vysoký cholesterol | <i>otec</i> | <i>matka</i> | <i>súrodenec</i> |
| <input type="checkbox"/> zápaly žíl, trombóza | <i>otec</i> | <i>matka</i> | <i>súrodenec</i> |
| <input type="checkbox"/> astma | <i>otec</i> | <i>matka</i> | <i>súrodenec</i> |
| <input type="checkbox"/> ochorenia štítnej žľazy | <i>otec</i> | <i>matka</i> | <i>súrodenec</i> |
| <input type="checkbox"/> mozgová príhoda (porážka) | <i>otec</i> | <i>matka</i> | <i>súrodenec</i> |
| <input type="checkbox"/> psychické choroby (depresie, samovraždy v rodine, schizofrénia) | <i>otec</i> | <i>matka</i> | <i>súrodenec</i> |

iné

Váš stav v súčasnosti ťažkosti s?

- dýchaním
- spánkom
- chuťou do jedla
- stolicou
- močením
- výraznejšie som pribral(a)/schudol(a) za posledný rok *koľko kg?.....*
- nemám ťažkosti

Užívate?

tabakové výrobky	<i>nie</i>	<i>áno, príležitostne</i>	<i>áno, pravidelne</i>
výživové doplnky:	<i>nie</i>	<i>áno, príležitostne</i>	<i>áno, pravidelne</i>
iné drogy/návykové látky	<i>nie</i>	<i>áno, príležitostne</i>	<i>áno, pravidelne</i>

Pracovná a pohybová anamnéza:

Pracujete na zmeny? *nie* *áno*

Pracujete na pracovisku zaradenom do 3. alebo 4. rizikovej kategórie? *nie* *áno*

Aká je úroveň vašej stresovej záťaže? *žiadna* *nízka* *stredná* *vysoká*

Máte sedavé zamestnanie? *nie* *áno*

Venujete sa pravidelne nejakej pohybovej aktivite? *nie* *áno*

aká aktivita.....ako často.....

Viete si nájsť čas na relax/oddych po náročnom dni? *nikdy väčšinou nie väčšinou áno vždy*

Svojim podpisom potvrdzujem, že som dotazník pochopil(a). Údaje som uviedol(a) pravdivo a nezamľchal(a) som dôležité skutočnosti, som si vedomý(á), že zamlčanie dôležitých skutočností môže mať vplyv na moju ďalšiu liečbu a prípadne aj poškodenie zdravia.

.....
Dátum

.....
Podpis