

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?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> nádorové ochorenie (rakovina) | <input type="checkbox"/> tuberkulóza | <input type="checkbox"/> srdcový infarkt |
| <input type="checkbox"/> cukrovka | <input type="checkbox"/> zápal žíl, trombóza | <input type="checkbox"/> astma |
| <input type="checkbox"/> vysoký krvný tlak | <input type="checkbox"/> ochorenia štítnej žľazy | <input type="checkbox"/> mozgová príhoda (porážka) |
| <input type="checkbox"/> psychické choroby (depresie, samovraždy v rodine, schizofrénia apod.) | | |

iné

OSOBNÁ ANAMNÉZA

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

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> časté angíny | <input type="checkbox"/> nervové ochorenie | <input type="checkbox"/> mozgová príhoda |
| <input type="checkbox"/> zápal žíl | <input type="checkbox"/> cukrovka | <input type="checkbox"/> vysoký krvný tlak |
| <input type="checkbox"/> ochorenie štítnej žľazy | <input type="checkbox"/> psychiatrické ochorenie | <input type="checkbox"/> poruchy hladiny tukov |
| <input type="checkbox"/> infekčné ochorenie | <input type="checkbox"/> očné ochorenie | <input type="checkbox"/> kožné ochorenie |
| <input type="checkbox"/> ochorenie pohybového systému | <input type="checkbox"/> ochorenie močových ciest, obličiek | <input type="checkbox"/> ochorenie tráviaceho systému |
| <input type="checkbox"/> srdcový infarkt alebo iné ochorenie | <input type="checkbox"/> gynekologické ochorenie | <input type="checkbox"/> nádorové ochorenia |
| <input type="checkbox"/> opakované zápal priedušiek, pľúc, astma | <input type="checkbox"/> ochorenie krvi, poruchy zrážanlivosti - zvýšená/znížená | <input type="checkbox"/> psychické poruchy - úzkosť, panika, fobie |
| <input type="checkbox"/> 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?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> dýchaním | <input type="checkbox"/> spánkom | <input type="checkbox"/> stolicou |
| <input type="checkbox"/> močením | <input type="checkbox"/> chuťou do jedla | <input type="checkbox"/> nemám ťažkosti |
| <input type="checkbox"/> výraznejšie som pribral(a) za posledný rok | <input type="checkbox"/> výraznejšie som schudol(a) za posledný rok | <input type="checkbox"/> 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