

Dotazník o zdravotním stavu

Vstupní prohlídka

Základní informace:

Zdravotní pojišťovna:

Jméno a příjmení, titul:

Adresa:

Telefon/pevná linka:

Mobilní telefon:

Email:

Rodné číslo:

Číslo občanského průkazu:

Povolání / současný zaměstnavatel:

Poslední preventivní prohlídka (datum, kde):

Jméno a adresa praktického lékaře, u kterého jste dosud v evidenci:

.....

1) Rodinná anamnéza:

Vyskytly se u Vašeho pokrevního rodinného příslušníka (prarodiče, rodiče, sourozenci, děti) tato onemocnění? Pokud ano, napište, vztah k dané osobě a věk v době výskytu.

Tuberkulóza

Cukrovka (případně jaký typ?)

Nádorové onemocnění (případně jaká)?

Vysoký krevní tlak

Cévní onemocnění (srdeční infarkt, mozková mrtvice)

Astma

Záněty žil

Onemocnění štítné žlázy

Dědičné nebo vrozené onemocnění

2) Osobní anamnéza:

Vyskytly se u Vás níže uvedené nemoci? Pokud ano, zakroužkujte je, či je tučně zvýrazněte.

Infekční choroby: TBC, syfilis, kapavka, virová hepatitida, salmonelóza, inf. mononukleóza, záškrt, zarděnky, černý kašel, spála, jiné:

Ortopedie: vadné držení těla-skolióza, opakované blokády páteře, poruchy hybnosti páteře nebo kloubů, jiné:

Onemocnění srdce a cév: infarkt myokardu, záněty srdečního svalu, revmatická horečka, poruchy srdečního rytmu, srdeční nedostatečnost, srdeční vady vrozené, získané, ateroskleróza, jiné:

Plicní: astma, chronická bronchitida, rozedma plic, časté virosy, opakované angíny, jiné:

Neurologie: mozková příhoda, poruchy čítí, poruchy citlivosti, poruchy hybnosti, poruchy rovnováhy, záchvatovité onemocnění: epilepsie, migréna, jiné:

Duševní poruchy: deprese, mánie, psychózy, závislost na alkoholu, toxikománie, jiné:

Onemocnění trávicího systému: reflex do jícnu, vředová choroba žaludku a dvanáctníku, zánětlivé onemocnění střev, opakující se zácpa nebo průjem, jiné:

Onemocnění jater a žlučníku: záněty žlučníku, opakované koliky, žlučnickové kameny, choroby jater - steatoza, cirhoza, jiné:

Onemocnění slinivky: akutní či chronické záněty slinivky, jiné:

Onemocnění ledvin: opakované záněty, koliky, snížení funkce ledvin, solitární ledvina, jiné:

Onemocnění močových cest: opakované záněty, kameny v močových cestách, jiné:

Onemocnění kožní: ekzémy, lupenka, zánětlivé nebo plísňové onem. kožní, jiné:

Onemocnění oční: zhoršený zrak, šedý zákal, zelený zákal, záněty, jiné:

Onemocnění ušní: zhoršený sluch, chronické záněty středouší, hučení v uších, jiné:

Endokrinologie: onemocnění štítné žlázy, poruchy hladiny tuků, dna, jiné:

Vysoký krevní tlak:

Cukrovka:

Onemocnění pohlavního ústrojí (u mužů):

Pouze u žen:

Gynekologické onemocnění:

Počet těhotenství, porodů, event. potratů:

Užíváte antikoncepci? Jakou a jak dlouho?

Poslední preventivní kontrola u gynekologa:

3) Alergické reakce:

Zapište níže uvedené alergické podněty a uveďte jejich projevy (například senná rýma, záněty spojivek, kožní projevy, dýchací obtíže, apod.)

- na léky – vyjmenujte názvy:.....
- na náplast
- na jód
- seno, trávy, pyl
- roztoči, prach, srst zvířat
- potraviny
- jiné:.....

4) Farmakologická anamnéza:

Uveďte jaké léky užíváte. Prosíme o formát „název 00 mg tbl po ?-?-?-?“, u injekcí „název, síla, kam jsou podávány, čas kdy a u inzulínu i počet jednotek“

5) Další informace:

Jste v péči některé ze specializovaných ambulancí? Pokud ano, uveďte kontakt.

Byl/a jste někdy hospitalizován/a? Pokud ano, uveďte kdy a příčinu.

Byl/a jste někdy operován/a? Pokud ano, uveďte kdy a příčinu.

Utrpěl/a jste někdy vážný úraz? Pokud ano, uveďte kdy a jaký.

Kouříte nebo kouřil/a jste cigarety nebo další tabákové výrobky? Pokud ano, uveďte jaké množství za den a jak dlouho.

Pijete alkoholické nápoje? Pokud ano, uveďte jaké množství týdně a jak dlouho?

Užíváte jiné návykové látky? Pokud ano, uveďte v jakém množství a jak dlouho?

Jste vegetarián/ka nebo máte nějaké speciální stravovací návyky?

Řídíte motorové vozidlo? Pokud ano, jaké skupiny?

Užíváte v současné době léky? Pokud ano, vyjmenujte je včetně dávky.

Jste řádně očkován/a proti tetanu? Pokud ano, uveďte rok posledního očkování.

Jaká další očkování jste absolvoval/a? Vypište z očkovacího průkazu nebo jej přineste s sebou.

O jaká očkování máte případně zájem? Například sezónní chřipka, klíšťová encefalitida, virová hepatitida A a B, další:

Byl/a jste někdy v plné nebo částečném invalidním důchodu?

Byla Vám změněna pracovní schopnost nebo diagnostikována choroba z povolání?

Další skutečnosti, které by jste rád/a sdělil/a lékaři (můžete i ústně při prohlídce):

Datum poslední preventivní prohlídky?

Jako pacient výslovně žádám poskytovatele, aby veškeré jeho informace o zdravotním stavu byly zasílány prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu na e-mailovou adresu uvedenou výše v tomto dotazníku.

Poskytovatel pacienta poučil, že v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb obsahují lékařské zprávy, výsledky z laboratoře a další výstupy a dokumenty osobní údaje a zvláštní osobní údaje pacienta, které budou na žádost pacienta zaslány na výše uvedeným e-mail pacienta, a to prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu.

Poskytovatel výslovně pacienta upozorňuje, že takto postupuje na jeho žádost a nenese žádnou odpovědnost za případné chybné, neúplné či jinak nežádoucí doručení či nakládání s těmito informacemi.

Pacient sděleným informacím rozumí, bere je na vědomí a nadále žádá o zasílání informací na uvedenou emailovou adresu, což potvrzuje níže svým podpisem.

Prohlašuji, že jsem nezamlčel/a žádné okolnosti týkající se mého zdravotního stavu a že jsem všechny údaje uvedl/a úplně a pravdivě, zvláště pak veškeré informace týkající se užívaných léků, doplňků stravy a návykových látek. Svým podpisem toto stvrzuji.

Datum.....

Podpis.....