

Dotazník o zdravotním stavu

Jméno a příjmení, titul:

Rodné číslo: Telefon:

Adresa:

Email: Zdravotní pojišťovna:

Adresa zaměstnavatele.....Pracovní zařazení

1. Vyskytovaly/vyskytují se u některého z Vašich pokrevních příbuzných (rodiče, prarodiče, sourozenci, děti tato onemocnění ?

- cukrovka
- zhoubné nádorové onemocnění (rakovina)
- vysoký krevní tlak
- cévní onemocnění (onemocnění srdce např. srdeční infarkt,.. mozková příhoda)
- onemocnění plic např. astma , tuberkulóza
- záněty žil
- onemocnění štítné žlázy
- dědičné nebo vrozené onemocnění
- nejsem si vědom(-a), že by v rodině byla nějaká z uvedených onemocnění

2. Prodělal (-a) jste některá z těchto onemocnění ?

- záškrt
- zarděnky
- dáivivý kašel
- dětská mozková obrna
- spála
- častě angíny
- opakující se záněty průdušek
- opakující se záněty středního ucha
- nejsem si vědom(-a), že bych prodělal(-a) nějaká z uvedených onemocnění

3. Jste v současnosti léčen (-a) nebo byl (-a) jste v minulosti léčen (-a) pro některou z těchto chorob?

- Infekční choroby (TBC, syfilis, kapavka, virová hepatitida, salmonelóza, infekční mononukleóza a jiné)
- Ortopedie (vadné držení páteře- skolióza, opakované blokády páteře, poruchy hybnosti kloubů, chronické bolesti páteře nebo kloubů, M.Scheuermann)
- Onemocnění srdce a cév (infarkt myokardu, záněty srdečního svalu včetně revmatické horečky, poruchy srdečního rytmu, srdeční nedostatečnost, vrozené nebo získané srdeční vady, kornatění cév-ateroskleróza)
- Onemocnění plicní (astma, chronická bronchitida, rozedma plic, časté virózy či angíny, nevdzušnost plíce)
- Onemocnění nervové (epilepsie, migréna a jiné záchvatovité stavy, poruchy rovnováhy, poškození nervové tkáně, poruchy cití-citlivosti a hybnosti)
- Duševní choroby (deprese, mánie, psychózy, závislost na alkoholu, toxikománie, jiné)
- Onemocnění trávicího systému (vředová choroba žaludku či dvanáctníku, zánětlivé onemocnění střev, častěji se opakující zácpa nebo průjem, jiné)
- Onemocnění jater a žlučových cest (ztukovatění jater-steatóza, žlučníkové

- koliky, žlučnickové kameny)
- Onemocnění slinivky (chronické záněty a jiné)
 - Onemocnění ledvin (chronické záněty, snížení funkce, koliky a jiné)
 - Onemocnění močových cest (záněty, kameny v močových cestách, problémy s močením a jiné)
 - Onemocnění kožní (exémy, zánětlivé nebo plísňové onemocnění kůže)
 - Onemocnění oční (zhoršený zrak-počet dioptrií, poruchy zrakového pole, šedý zákal, zelený zákal, záněty, jiné)
 - Onemocnění ušní (zhoršený sluch , chronické záněty středouší, hučení v uších)
 - Endokrinologie (onemocnění štítné žlázy, poruchy hladiny tuků, metabolické choroby, dna, jiné)
 - Vysoký krevní tlak
 - Problémy s páteří
 - Cukrovka
 - ženy: gynekologické onemocnění
 - jiné choroby
 - nejsem si vědom(a), že bych byl léčen pro výše uvedená onemocnění

4. Trpíte alergiemi?

NE ANO - blíže uveďte:

- na léky - které:
- na náplast
- na jód
- seno, trávy, pyl
- roztoci, prach, srst zvířat
- potraviny
- jiné (uveďte) :

Jaké máte projevy alergie ? **podtrhněte**: senná rýma, záněty spojivek, kožní vyrážky, astma

Jiné

5. Jste, nebo byl(a) jste v péči některé ze specializovaných ambulancí ?

podtrhněte: kardiologie, ortopedie, neurologie, kožní, alergologie, diabetologie, revmatologie, plicní, infekční, psychiatrie, endokrinologie, onkologie.
Jiné:

Nejsem, a nebyl jsem v péči žádné specializované ambulance

6. Byl (a) jste někdy hospitalizován (a) ? uveďte kdy a s jakým onemocněním

NE
ANO -s čím,kdy(rok):

.....

7. Byl (-a) jste někdy operován (-a), z jakého důvodu

NE
ANO -operace čeho, kdy(rok):

.....

8. Utrpěl (-a) jste někdy vážnější úraz (zlomenina, bezvědomí, amputace atd.)?

NE

ANO - *jaký, kdy(rok):*:

.....

9. Kouříte?

NE

ANO - uveďte kolik cigaret/den:od kolika let:

10. Pijete alkohol?

NE

ANO - podtrhněte: **pravidelně – příležitostně – výjimečně**

11. Užíváte návykové látky - drogy?

NE

ANO

- Jaké:Jak často:.....

12. Jste nebo byl jste v péči protialkoholní nebo protidrogové poradny?

NE

ANO

- blíže uveďte

13. Řídíte motorové vozidlo?

NE

ANO - uveďte jaké skupiny :

14. Vlastníte zbrojní průkaz?

NE

ANO - uveďte jaké skupiny :

15. Muži — absolvoval jste základní vojenskou službu?

ANO

NE

- bylo to ze zdravotních důvodů? (ano/ne).....

z jakých?.....

16. Užíváte v současnosti nějaké léky - jaké?

NE

ANO

jaké :

-
-
-
-
-

17. Jste řádně očkovan(-a) proti tetanu?

NE

NEVÍM

ANO - rok posledního očkování

18. Jste nebo byl(-a) jste někdy v částečném nebo plném invalidním důchodu nebo jste byl uznán osobou zdravotně znevýhodněnou nebo Vám byla přiznána choroba z povolání?

NE

ANO - blíže uveďte

19. Poslední preventivní vyšetření stomatologii

Ženy gynekologii

mamograf

20. Máte v současné době nějaké zdravotní obtíže?

NE

ANO - Jaké:

21. Další skutečnosti, které byste rád (-a) sdělil (-a) lékaři :

.....

22. Jméno a příjmení, adresa obvodního lékaře, u kterého jste v současné době v evidenci :

.....

Prohlášení:

Prohlašuji, že podle mého nejlepšího vědomí jsou informace, které jsem uvedl v dotazníku, pravdivé a úplné. Informace, které pokládám za příliš důvěrné či osobní, sdělím lékaři v průběhu lékařské prohlídky.

Datum:

Podpis: