

Dotazník o zdravotním stavu

Veškerá osobní data o zdravotním stavu se po vyplnění a odevzdání stanou součástí dokumentace. Tyto informace jsou důvěrné a slouží pro potřebu lékaře **PRAKTIMEDIKA MM s.r.o.**
Odpovězte, prosím, pravdivě na všechny otázky, popř. napište křížek do čtverečku, který přísluší vaší odpovědi.

Jméno a příjmení, titul:

Rodné číslo: **Telefon:**

Pracovní zařazení **Zdravotní pojišťovna**

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

- tuberkulóza
- cukrovka
- zhoubné nádory onemocnění (rakovina)
- cévní onemocnění (srdeční infarkt, mozková mrtvice)
- astma
- zánět 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
- dávivý kašel
- dětská mozková obrna
- spála
- časté angíny
- opakující se záněty průdušek
- opakující se záněty středního ucha
- nejsem si vědom(-a), že bych prodělal(-a) nějaká z uvedených onemocnění

3. Vyskytly se u Vás problémy s páteří. byl(-a) jste někdy léčen(-a) na rehabilitaci, absolvoval(-a) jste v dětství léčebný tělocvik?

- ANO – jaká (např. vadné držení těla, skolióza)
- NE

4. Máte v současné době nějaké obtíže?

- ANO (jaké).....
- NE

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

Infekční choroby (TBC, HIV/AIDS, syfilis, kapavka, virová hepatitida-žloutenka, salmonelóza, infekční mononukleóza a jiné).

Ortopedie (vadné držení páteře – skolióza, opakované blokády páteře, poruchy hybnosti kloubů, chronické bolesti páteře nebo kloubů, M.Scheuerman).

One mocnění srdce a cév (infarkt myokardu, záněty srdečního svalu včetně revmatické horečky, poruchy srdečního rytmu, srdeční nedostatečnost, vrozené nebo získané vady, ateroskleróza).

One mocnění plicní (astma, chronická bronchitida, rozedma plic, časté virózy či angíny nevdzušnost plíce)

One mocnění plicní (astma, chronická bronchitida, rozedma plic, časté virózy či angíny..)

One mocnění nervové (epilepsie, migréna a jiné záchvatovité stavy, poruchy rovnováhy, poškození nervové tkáně, poruchy čítí a hybnosti).

Duševní poruchy (deprese, mánie, psychózy, závislost na alkoholu, toxikománie, jiné psychické potíže).

One mocnění trávicího systému (vředová choroba žaludku či dvanáctníku, zánětlivé onemocnění střev, častěji se opakující zácpy či průjem, jiné)

One mocnění jater a žlučových cest (ztukovatění jater- steatóza, žlučnickové koliky, žlučnickové kameny).

One mocnění slinivky (chronické záněty a jiné)

One mocnění močových cest (záněty, kameny v močových cestách a jiné)

One mocnění kožní (ekzémy, zánětlivé nebo plísňové onemocnění kůže).

One mocnění oční (zhoršený zrak, poruchy zrakového pole, šedý/zelený zákal, záněty, jiné)

Endokrinologie (onem. štítné žlázy, poruchy hladiny tuků, metabolické poruchy, dna a jiné)

Vysoký krevní tlak

Cukrovka

Ženy: gynekologické one mocnění

Jiné choroby, které chcete lékaři sdělit

Nejsem si vědom(-a), že bych byl léčen pro výše uvedené one mocnění.

6. Trpíte alergiemi?

- Potraviny
- Na léky
- Na náplast
- Na jód
- Seno, trávy, pyly
- Roztoči, prach, srst zvířat
- Jiné
- Netrpím alergií

7. Jste v péči některé ze specializovaných ambulancí?

Podtrhněte: kardiologie, neurologie, kožní, alergologie, diabetologie, revmatologie, plicní, infekční, psychiatrie, endokrinologie, onkologie

8. Byl(-a) jste někdy hospitalizován(-a), operován(-a), uveďte s jakým onemocněním:

.....
.....

9. Kouříte ?

- ANO (kolik, kolik let).....
- NE

10. Pijete alkohol ?

- Nepiji
- Výjimečně
- Občas
- Často až pravidelně

11. Užíváte návykové drogy ?

- ANO – jaké, jak často
- NE

12. Užíváte v současnosti nějaké léky ?

- ANO – jaké
- NE

13. Řídíte motorová vozidla?

- ANO – jaké skupiny
 NE

14. Byl(-a) jste očkován(-a) proti tetanu v posledních 15 letech?

- ANO
 NE
 NEVÍM

15. Jste, nebo byl(-a) jste někdy v částečném nebo invalidním důchodu, nebo byla Vám přiznána změněná pracovní schopnost nebo choroba z povolání, opustil (-a) jste někdy předchozí práci ze zdravotních důvodů?

- ANO - upřesněte
- NE

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

.....
.....

PROHLÁŠENÍ:

Čestně prohlašuji, že podle mého nejlepšího vědomí a svědomí jsou informace , které jsem uvedl/a v dotazníku pravdivé a úplné, které pokládám za příliš důvěrné či osobní sdělím lékaři v průběhu zdravotní prohlídky. Jsem si vědom(-a), že zatajením, či zfalšováním důležitých informací o mém zdravotním stavu beru na sebe spoluzodpovědnost za případné chybné posouzení mého zdravotního stavu/způsoblosti k vykonávaným činnostem. Zejména pak v případech, kdy onemocnění, které jsem uvedl(-a) či úmyslně zatajil(-a), lze prokázat jen specializovanými vyšetřeními, které nejsou běžnou součástí zdravotních prohlídek praktického lékaře / lékaře pracovnělékařských služeb.

Datum..... Podpis posuzovaného.....