**Dotazník pacienta**

**Příjmení, jméno: Datum narození:**

**….......................................... …..........................................**

Tento dotazník patří k vysoce citlivým osobním údajům, podléhá jak lékařskému tajemství, tak všem předpisům na ochranu osobních údajů. Slouží výhradně k informovanosti Vašeho lékaře a bez vašeho sdělení nemohou být uvedené údaje sdělovány třetím osobám. Věnujte patřičnou pečlivost jeho vyplnění, jedná se o nejdůležitější zdroj informací o Vašem zdravotním stavu i o Vašich rizicích.

**Pro lepší přehlednost správnou odpověď prosím zakroužkujte, zaškrtněte, případně více rozveďte.**

 **Informace o Vašich příbuzných** (přímí příbuzní I. stupně, to znamená rodiče, sourozenci, děti)

* Vysoký krevní tlak: **ano – ne**
* Ischemická choroba srdeční, angina pectoris, infarkt myokardu, mozková mrtvice, vysoký krevní tlak na léčbě: **ano – ne**
* Nádorová onemocnění („rakovina“): **ano – ne**
* Cukrovka: **ano – ne**
* Průduškové astma a zhávažné alergie: **ano – ne**
* Plicní embolie a (nebo) trombóza cév dolních končetin: **ano – ne**
* Duševní onemocnění a sebevraždy: **ano – ne**
* Epilepsie (padoucnice): **ano – ne**
* Máte jiné závažné nemoci v rodině?: **ano – ne**

 **Informace týkající se Vašeho zdravotního stavu (v minulosti i nyní):**

* Vysoký krevní tlak **ano – ne**
* Ischemická choroba srdeční, angina pectoris, infarkt myokardu, mozková mrtvice **ano – ne**
* Nádorová onemocnění („rakovina“) **ano – ne**
* Cukrovka: **ano – ne**
* Průduškové astma: **ano – ne**
* Plicní embolie a (nebo) trombóza: **ano – ne**
* Epilepsie (padoucnice): **ano – ne**
* Alergie (pokud ano, uveďte na co): **ano – ne**
* Poruchy imunity, autoimunitní choroby: **ano – ne**
* Endokrinní onemocněné (např. léčba on. štítné žlázy)
* Duševní onemocnění: **ano – ne**
* Kouření **ano – ne**

(počet cigaret denně, od kolika let kouříte. Uveďte, i pokud jste bývalý kuřák – jak dlouho jste kouřil/a, počet cigaret denně, odkdy nekouříte)

* Jiné závislosti (i anamnesticky) – alkohol, tvrdé drogy: **ano – ne**
* Nízká pohybová aktivita (nesportuji vůbec, nebo méně, než 1xtýdně): **ano – ne**
* Záchvaty dušnosti, záchvaty kašle: **ano – ne**
* Křeče v lýtkách při chůzi, bolesti na hrudi, dušnost, otoky nohou, u mužů sexuální dysfunkce (ev. podrobnosti ústně): **ano – ne**
* Přítomnost implantátů v těle (např. endoprotéza kyčle, kolene, kovový materiál v těle): **ano – ne**
* Přítomnost kardiostimulátoru: **ano – ne**
* Nevysvětlitelné hubnutí, průjem, zácpa, krev ve stolici, krev v moči, obtížné močení, krvácivé stavy, dlouho trvající kašel, rostoucí a krvácející znaménka na kůži a sliznicích… **ano – ne**
* Prodělané úrazy, operace: **ano – ne**
* Dlouhodobá pracovní neschopnost: **ano – ne**
* Snížení či omezení zdravotní způsobilosti k práci, invalidní důchod: **ano – ne**
* Další skutečnosti, které by měl lékař vědět:
* Dispenzarizace-sledování v odborných ambulancích(např. diabetologie, urologie, interna, psychiatrie, kardiologie, neurologie, plicní, ortopedie, jiné..): **ano – ne**
* Jiné nemoci:

 Hmotnost....................... Výška........................

Korekce zraku (brýle, čočky, žádná):

* Očkování proti tetanu (pouze pokud víte, kdy poslední):
* Měl/a jste někdy reakci na podání očkovací látky: **ano-ne**
* Jaké užíváte léky:

Svým podpisem stvrzuji, že jsem dotazník pochopil(a), údaje uvedl(a) pravdivě, a že zamlčení důležitých skutečností může mít vliv na moji další léčbu a i případné poškozaní zdraví s následkem smrti.

**….................................... …..............................................**

 **Datum Podpis**