

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 rozved'te.

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 závažné 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 onemocnění (např. léčba on. štítné žlázy): **ano - ne**
- 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 poškození zdraví s následkem smrti.

.....
Datum

.....
Podpis