

Zdravotní dotazník pro účely závodně preventivní péče

(Předem děkujeme za vyplnění a dovolujeme si Vás ujistit, že všechny Vaše údaje budou užity pouze pro posudkové účely a podléhají lékařskému tajemství)

Příjmení, jméno, titul: R.č.:

Pojišťovna: Bydliště:

Tel.: E-mail:

RA: (rodinná anamnéza - uveďte prosím všechny závažnější choroby ve Vaší rodině, t.j. u otce, matky sourozenců a dětí), zejména výskyt cukrovky, vysokého krevního tlaku, srdečních onemocnění, onkologických nemocí ev.jiných chronických tj. dlouhodobých nemocí.

OA:(osobní anamnéza - uveďte prosím všechny závažnější nebo často se opakující choroby, které jste prodělal/a od dětství).

nemoci trávicího traktu a jater (vředová choroba, žloutenka)

nemoci cévní (záněty žil)

srdeční a plicní onemocnění (infarkt, chronické bronchitidy)

nemoci nervové (epilepsie ap.)

porucha metabolismu (vysoká hladina cukru – cukrovka, tuků v krvi – vysoký cholesterol)

nemoci štítné žlázy

vysoký krevní tlak

operace:

úrazy:

hospitalizace(pobyty v nemocnici):

dispenzarizace (uveďte prosím, zda jste sledován/a nějakým lékařem-specialistou a s jakou chorobou):

byl Vám přiznán invalidní důchod, pokud ano, pro jakou chorobu?

AA: (trpíte alergiemi - léky, potraviny ap, ekzémy, astma?)

FA: (užíváte trvale nebo často nějaké léky?)

Abusus: kouření: (kolik/den)

alkohol:

černá káva:

návykově látky:

GA: (u žen - máte, nebo měla jste nějaké gynekol. obtíže?)

rodila jste?-kolikrát:

jste v péči gynekologa?

PA: (uveďte prosím Vaše prac. zařazení)

(pracoval jste někdy na rizikovém pracovišti?)

TAT: (kdy jste byl/a naposledy očkovan/a proti tetanu?)

Uveďte prosím Vaši váhu:

výšku:

Nosíte brýle?

Případné další skutečnosti, které byste chtěl/a sdělit:

Prohlašuji, že jsem nezamlčel/a závažné skutečnosti týkající se mého zdravotního stavu.

V Praze dne

Podpis:.....