

Zdravotní dotazník

(Předem děkujeme za vyplnění a dovoluujeme si Vás ujistit, že všechny Vaše údaje budou užity pouze pro léčebné 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)

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

žloutenka:

záněty žil:

plicní nemoci (astma, TBC):

nemoci ledvin:

ICHS:

DM:

operace:

úrazy:

hospitalizace(pobyt v nemocnici):

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

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

FA: (užíváte trvale nebo často nějaké léky?)

Abusus: kouření: (kolik)

alkohol:

černá káva:

návykové látky:

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

rodila jste?-kolikrát:

jste v péči gynekologa?

Vojenská služba:(u mužů)

SA: (uveďte prosím Vaše prac. zařazení)

žijete sám/a - s rodinou:

pravidelné sport. aktivity:

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

Uveďte prosím Vaši váhu:

výšku:

Nosíte brýle?

Případné další skutečnosti, které byste chtěl/a sdělit:(možno i na zadní straně dotazníku)

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

V Praze dne

.....

Podpis:.....