

Dotazník ke vstupní prohlídce

Jméno a příjmení: **Datum narození:**

Trvale užívá léky : 1..... 2. 3.....

4..... 5. 6 7

Alergie: není kožní projevy alergický otok,rýma dušnost ztráta vědomí
 alergie léková: alergie potravinová :
 alergie na náplast senná rýma / alergie na pyl alergie na prach / roztoče

Osobní anamnéza

Infekční nemoci : zarděnky příušnice plané neštovice spála spalničky
 častézáněty středního ucha časté anginy infekční žloutenka mononukleosa jiné:

Dosud léčen pro:

Ischemickou chorobu srdeční (ICHS) : od roku Prodělaný infarkt myokardu v roce:
 Prodělaná cévní mozková příhoda: v roce Arter. hypertenze : od roku
 Diabetes mellitus (DM) : od roku Porucha štítné žlázy od roku:
 Zažívací obtíže/ onemocnění trávicího systému léčen psychiatrem/psychologem
 vysoký cholesterol nebo tuky od roku: onemocnění kloubů a páteře

Sport: rekreačně: vrcholově: Počet hodin týdně:

Profese: Náplň pracovní činnosti:

Návyky : kouření : od.....do.....roku života , počet cigaret za den..... jiné návykové látky:

Alkohol : vůbec ne zřídka příležitostně pravidelně jaký, množství za den.....

Očkování: tetanus/TAT: klíšť.encefalitida /FSME jiné:.....

Operace : rok, typ operace.....

Úrazy: rok, druh úrazu.....

Gynekologická anamnéza : Menstruace od věku : pravidelné nepravidelné:

Přejít v letech..... hormonální substituce/antikoncepce

Porody v letech..... spontánní potraty..... Gynekologické operace.....

Rodinná anamnesa: Sourozenci: Děti:

Otec: žije/zemřel věk: příčina úmrtí a vážné nemoci:

Matka: žije/zemřela věk: příčina úmrtí a vážné nemoci:

Sledovaná onemocnění v rodině: ICHS / ischemická choroba srdeční nebo infarkt myokardu

CMP / cévní mozková příhoda DM / diabetes mellitus / cukrovka

hypertenze/ vysoký krevní tlak nádorová onemocnění jiné závažné nemoci:

Poznámka: (uveďte další okolnosti ohledně Vašeho zdravotního stavu)

Svým podpisem stvrzuji, že veškeré zde uvedené údaje jsou pravdivé, a že jsem nic nezamlčel.

Datum:..... Podpis: