

**Příjmení, jméno**

**datum narození:**

## Dotazník

*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.***

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

- |   |                 |
|---|-----------------|
| 1. <b>Vysoký krevní tlak</b>  | <b>ano - ne</b> |
| 2. Ischemická choroba srdeční, angína pectoris, infarkt myokardu, mozková mrtvice | ano - ne        |
| 3. <b>Rakovina</b>  | <b>ano - ne</b> |
| 4. Cukrovka   | ano - ne        |
| 5. <b>Průduškové astma</b>  | <b>ano - ne</b> |
| 6. Plicní embolie a (nebo) trombóza   | ano - ne        |
| 7. <b>Duševní onemocnění a sebevraždy</b>   | <b>ano - ne</b> |
| 8. Máte jiné závažné nemoci v rodině?:  |                 |

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

- |   |                 |
|---|-----------------|
| 9. <b>Vysoký krevní tlak</b>  | <b>ano - ne</b> |
| 10. Ischemická choroba srdeční, angína pectoris, infarkt myokardu, mozková mrtvice  | ano - ne        |
| 11. <b>Rakovina</b>   | <b>ano - ne</b> |
| 12. Cukrovka  | ano - ne        |
| 13. <b>Průduškové astma</b>   | <b>ano - ne</b> |
| 14. Plicní embolie a (nebo) trombóza  | ano - ne        |
| 15. <b>Epilepsie</b>  | <b>ano - ne</b> |
| 16. Alergie (uvedte na co)  | ano - ne        |
| 17. <b>Duševní onemocnění a návykové látky</b>  | <b>ano - ne</b> |
| 18. Kouření   | ano - ne        |
| 19. <b>Nízká pohybová aktivita</b>  | <b>ano - ne</b> |
| 20. Záchvaty dušnosti, záchvaty kašle   | ano - ne        |
| 21. <b>Křeče v lýtkách při chůzi, impotence, bolesti na hrudi, dušnost, otoky nohou</b>   | <b>ano - ne</b> |
| 22. Nevysvětlitelné hubnutí, průjem, zácpa, krev ve stolici, krev v moči, obtížné močení, krvácivé stavy, dlouho trávající kašel, rostoucí a krvácející znaménka na kůži a sliznicích | ano - ne        |

### 23. Jiné nemoci:

24. Hmotnost..... výška.....

### 25. Očkování proti tetanu (pouze pokud víte, kdy poslední):

26. Úrazy, operace:

### 27. 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