

Dotazník

Tento osobní 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.

Jméno, příjmení, datum narození:

Vyskytuje nebo vyskytoval se ve Vaší rodině: (v případě odpovědi ano uveďte u koho)

- | | | |
|----------------------|-----|----|
| - vysoký tlak | ANO | NE |
| - cukrovka | ANO | NE |
| - onemocnění srdce | ANO | NE |
| - rakovina | ANO | NE |
| - průduškové astma | ANO | NE |
| - epilepsie | ANO | NE |
| - alergie | ANO | NE |
| - duševní onemocnění | ANO | NE |
| - obezita | ANO | NE |

Zemřel někdo z rodičů, sourozenců nebo dětí náhle nebo předčasně? **ANO** **NE**
(v případě odpovědi ano uveďte kdo, v kolika letech a na jakou nemoc)

Prodělal(a) jste Vy sám(sama) nebo proděláváte **vážné onemocnění** z níže jmenovaných? (v případě odpovědi ano uveďte jaké a kdy)

- | | | |
|-----------------------------|------------|-----------|
| - vysoký tlak | ANO | NE |
| - cukrovka | ANO | NE |
| - onemocnění srdce | ANO | NE |
| - rakovina | ANO | NE |
| - průduškové astma | ANO | NE |
| - epilepsie | ANO | NE |
| - alergie | ANO | NE |
| - duševní onemocnění | ANO | NE |
| - jiné | ANO | NE |

Prodělal(a) jste Vy sám(sama) **operaci**?
(v případě odpovědi ano uveďte jaké a kdy)

ANO **NE**

Prodělal(a) jste Vy sám(sama) **vážný úraz**?
(v případě odpovědi ano uveďte jaké a kdy)

ANO **NE**

Užíváte nějaké **léky**?
(v případě odpovědi ano uveďte jaké, sílu a kolikrát denně)

ANO **NE**

Trpíte **alergií**?
(v případě odpovědi ano uveďte na co)

ANO **NE**

Dostal(a) jste někdy **transfuzi**? ANO NE
(v případě odpovědi ano uveďte kdy a proč)

Máte **invalidní důchod**? ANO NE
(v případě odpovědi ano uveďte jak dlouho a proč)

Jste **kuřák**? ANO NE
(v případě odpovědi ano uveďte kolik kouříte cigaret denně a kolik let)

Pijete **alkohol**? ANO NE
(v případě odpovědi ano uveďte jak často, jaký alkohol a kolik)

Cítíte se **nemocný(nemocná)**? ANO NE
(v případě odpovědi ano uveďte Vaše problémy)

Svým podpisem potvrzuji, že jsem dotazník pochopil(a), údaje uved(la) pravdivě, a že zamlčení důležitých skutečností může mít vliv na moji další léčbu a i případné poškození zdraví i s následkem smrti.

Datum

podpis