

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 (přímí příbuzní I. stupně, to znamená rodiče, sourozenci, děti)

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

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

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