

Dotazník

Jméno, příjmení: Dat. nar.:

Informace o Vašich příbuzných (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: <i>(prosím vypište)</i> | | |

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: <i>(uved'te na co)</i> | 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: <i>(prosím vypište)</i> | | |
| 24. Hmotnost: Výška: | | |
| 25. Očkování proti tetanu: <i>(pouze pokud víte, kdy bylo poslední)</i> | | |
| 26. Úrazy, operace: <i>(prosím vypište)</i> | | |
| 27. Trvale užívané léky: <i>(prosím vypište)</i> | | |
| 28. Vlastníte zbrojní průkaz? | ANO | NE |
| 29. Vlastníte řidičský průkaz? <i>(pokud ANO, vypište prosím skupiny)</i> | ANO | NE |

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

.....
Datum

.....
Podpis klienta