

# Dotazník pred preventívnou prehliadkou

Tento dotazník slúži k lepšej informovanosti lekára a podlieha lekárskemu tajomstvu. Je súčasťou Vašej preventívnej prehliadky, preto venujte zvýšenú pozornosť jeho vyplneniu. Správne odpovede označte alebo vypíšte.

Meno a priezvisko : .....

Zamestnanie: .....

Rodné číslo:.....

Výška a váha:.....

Telefónne číslo:.....

Email:.....

Alergia:  Nie  Áno Ak áno, aká? .....

Fajčenie:  Nie  Áno Ak áno, koľko rokov? ....., koľko denne? .....

Alkohol:  Nie  Áno Ak áno, uveďte druh a množstvo týždenne: .....

Iná závislosť:  Nie  Áno Ak áno, aká? .....

Pohybová aktivita:  Nie  Občas  Pravidelne, aká? .....

Očkovanie proti tetanu:  Nie  Áno Iné očkovania? (hepatitída, chrípka,....) .....

Nosíte okuliare alebo kontaktné šošovky?  Nie  Áno

Chutí vám jesť?  Nie  Áno Máte problémy so spánkom?  Nie  Áno

Aká je vaša hmotnosť?  stabilizovaná  chudnem  priberám

A. **INFORMÁCIE O VAŠICH PRÍBUZNÝCH** (priami príbuzní - rodičia, starí rodičia, súrodenci, deti) - liečia sa na ochorenia?

- |  |                                      |  |  |
|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> nádorové ochorenia (rakovina) | <input type="checkbox"/> tuberkulóza | <input type="checkbox"/> srdcový infarkt | <input type="checkbox"/> astma             |
| <input type="checkbox"/> zápaly žíl, trombóza          | <input type="checkbox"/> cukrovka    | <input type="checkbox"/> mozgová porážka | <input type="checkbox"/> vysoký krvný tlak |
| <input type="checkbox"/> štítnej žľazy                 | <input type="checkbox"/> psychické   |  |  |

Úmrtia (v akom veku) .....

B. **VAŠA OSOBNÁ ANAMNÉZA:** (prekonali ste alebo sa liečite na niektoré z uvedených ochorení?)

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> časté angíny      | <input type="checkbox"/> zápaly žíl, trombózy | <input type="checkbox"/> choroby štítnej žľazy                 | <input type="checkbox"/> infekčné ochorenie |
| <input type="checkbox"/> srdcový infarkt   | <input type="checkbox"/> pohybového systému   | <input type="checkbox"/> opakované zápaly pľúc                 | <input type="checkbox"/> astma              |
| <input type="checkbox"/> vysoký krvný tlak | <input type="checkbox"/> nervové ochorenia    | <input type="checkbox"/> psychiatrické                         | <input type="checkbox"/> cukrovka           |
| <input type="checkbox"/> očné              | <input type="checkbox"/> gynekologické        | <input type="checkbox"/> ochorenia močových ciest a obličiek   |   |
| <input type="checkbox"/> mozgová príhoda   | <input type="checkbox"/> zvýšený cholesterol  | <input type="checkbox"/> ochorenia krvi, poruchy zrážanlivosti |   |
| <input type="checkbox"/> kožné ochorenia   | <input type="checkbox"/> tráviace ťažkosti    | <input type="checkbox"/> nádorové ochorenia (rakovina)         |   |

neliečim sa na dané ochorenia a nie som si vedomý, že by som niektoré prekonal

iné .....

vážne úrazy (uveďte rok a nález) .....

operácie (uveďte rok a dôvod operácie) .....

Navštevujete pravidelne niektorú špecializovanú ambulanciu ? Akú?/Meno lekára? .....

C. **MÁTE V SÚČASNOSTI ZDRAVOTNÉ ŤAŽKOSTI ?** (uvedte aké)

.....  
.....  
.....

D. **LIEKOVÁ ANAMNÉZA**(lieky + dávkovanie)

.....  
.....  
.....

Svojím podpisom potvrdzujem, že som dotazník pochopil(a), údaje uviedol (a) pravdivo, a že zamlčanie dôležitých skutočností môže mať vplyv na moju ďalšiu liečbu a prípadne aj poškodenie zdravia.

**Dátum:**..... **Podpis:**.....

**Dovoľujeme si Vás informovať, že Vaše osobné údaje spracúvame na základe a v súlade so zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.**