

Dotazník pacienta, který projevila zájem o registraci u praktického lékaře

Údaje uvedené v tomto dotazníku podléhají lékařskému tajemství a všem předpisům na ochranu osobních údajů. Nesmí a nebudou sdělovány třetím osobám.

Jedná se o velmi důležitý podklad pro Vaši anamnézu a případnou léčbu, proto vyplňte dotazník svědomitě, odpovědi případně rozveďte.

Jméno, příjmení, titul žadatele:

Adresa trvalého pobytu:

Telefon: e-mail:

Rodné číslo: Číslo dokladu totožnosti OP/PAS.....

Zdravotní pojišťovna:

Dosavadní praktický lékař :

Adresa:.....

Váš zdravotní stav v minulosti i nyní:

- Vysoký krevní tlak **ano – ne**
- Ischemická choroba srdeční, angina pectoris **ano – ne**
- Infarkt myokardu, mozková mrtvice **ano – ne**
- Nádorová onemocnění („rakovina“) **ano – ne**
- Cukrovka **ano – ne**
- Průduškové astma **ano – ne**
- Plicní embolie, trombóza **ano – ne**
- Epilepsie **ano – ne**
- Alergie **ano – ne** , pokud ano, na co:
- Poruchy imunity **ano – ne**
- Léčba štítné žlázy **ano – ne**
- Duševní onemocnění **ano – ne**
- Kouření **ano – ne** , pokud ano, kolik a od kolika let:
Pokud jste bývalý kuřák – kolik jste kouřil(a) , jak dlouho a od kdy nekouříte
- Alkohol **ano – ne**
- Drogy **ano – ne**
- Nízká pohybová aktivita (nesportuji vůbec nebo zřídka) **ano – ne**
- Záchvaty dušnosti, kašle **ano – ne**
- Křeče v lýtkách, bolesti na hrudi, dušnost, otoky nohou, sexuální problémy **ano – ne**
- Implantáty v těle (kyčel, koleno, kovový materiál) **ano – ne**
- Hubnutí, průjem, zácpa, krev ve stolici, v moči, obtížné močení **ano – ne**
- Trvající kašel, krvácení, rostoucí a krvácející znaménka na kůži a sliznici **ano – ne**
- Prodělané úrazy, operace **ano – ne** (pokud ano níže uveďte jaké)

- Dlouhodobá pracovní neschopnost **ano – ne**
- Dočasná pracovní neschopnost aktuální **ano – ne**
- Snížení či omezení pracovní způsobilosti k práci, invalidní důchod **ano – ne**
- Sledování v odborných ambulancích (např.: diabetologie, urologie, interna, psychologie, kardiologie, neurologie, plicní, ortopedie, ...) **ano – ne**, pokud ano v jaké:



- Jiné nemoci **ano – ne**

- Pravidelně užívám léky **ano – ne**, pokud ano jaké:

Informace o Vašich přímých příbuzných (rodiče, sourozenci, děti):

- Vysoký krevní tlak **ano – ne**
- Ischemická choroba srdeční, angina pectoris **ano – ne**
- Infarkt myokardu, mozková mrtvice **ano – ne**
- Nádorová onemocnění („rakovina“) **ano – ne**
- Cukrovka **ano – ne**
- Průduškové astma **ano – ne**
- Plicní embolie, trombóza cév dolních končetin **ano – ne**
- Epilepsie **ano – ne**
- Duševní onemocnění a sebevraždy **ano – ne**
- Jiné závažné nemoci v rodině **ano – ne**

Souhlasím se zasíláním sdělení

Telefonicky – **ANO / NE**

Emailem – **ANO / NE**

Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl úplně a pravdivě

dne

.....

podpis pacienta