



# Komplexní prohlídka

## Dotazník o zdravotním stavu

---

### **Základní informace:**

Zdravotní pojišťovna: .....

Rodné číslo: .....

Jméno a příjmení, titul: .....

Adresa: .....

Telefon (pevná linka): .....

Mobilní telefon: .....

E-mail: .....

Povolání / současný zaměstnavatel:

.....

Poslední preventivní prohlídka (datum, kde): .....

Jméno a adresa praktického lékaře, u kterého jste registrován/a:

.....

### **Rodinná anamnéza:**

Vyskytlo se u Vašeho rodinného příslušníka (rodiče, prarodiče, sourozenci, děti) některé z těchto onemocnění?

- TBC
- Cukrovka
- Nádorové onemocnění
- Vysoký krevní tlak
- Cévní onemocnění (srdeční infarkt, mozková mrtvice)
- Astma
- Záněty žil
- Onemocnění štítné žlázy
- Dědičné onemocnění



## **Osobní anamnéza:**

Vyskytly se u Vás níže uvedené nemoci/zdravotní potíže?

Pokud ano, zakroužkujte je.

### *Infekční choroby:*

- TBC
- Syfilis
- Kapavka
- Virová hepatitida
- Salmonelóza
- Infekční mononukleóza
- Záškrt
- Zarděnky
- Černý kašel
- Spála
- Jiné:

### *Ortopedické:*

- vadné držení těla (skolióza)
- opakované blokády páteře
- poruchy hybnosti páteře nebo kloubů jiné:

### *Onemocnění srdce a cév:*

- infarkt myokardu
- ateroskleróza
- poruchy srdečního rytmu
- vrozené srdeční vady
- záněty srdečního svalu

- revmatická horečka
- ischemická choroba dolních končetin
- žilní varixy
- srdeční nedostatečnost
- jiné:

### *Plicní choroby:*

- astma bronchiale
- chronická bronchitida
- chronická obstrukční plicní nemoc
- časté záněty horních cest dýchacích
- jiné:

### *Neurologie:*

- cévní mozková příhoda
- poruchy citlivosti
- poruchy hybnosti
- poruchy rovnováhy
- Epilepsie
- Migréna
- jiné:

### *Duševní poruchy:*

- deprese
- mánie
- psychózy
- závislost na alkoholu
- jiné:



#### *Onemocnění trávicího systému:*

- refluxní choroba jícnu
- vředová choroba žaludku a dvanáctníku
- zánětlivé onemocnění střev
- opakující se zácpa nebo průjem
- jiné:

#### *Kožní choroby:*

- Atopický ekzém
- lupenka
- zánětlivé nebo plísňové onemocnění kůže
- jiné:

#### *Onemocnění jater a žlučníku:*

- záněty žlučníku
- opakované koliky
- žlučnickové kameny
- cirrhoza
- jiné:

#### *Onemocnění očí:*

- zrakové vady
- šedý zákal
- zelený zákal
- jiné:

#### *Onemocnění slinivky:*

- akutní či chronické záněty slinivky
- jiné:

#### *Onemocnění uší:*

- zhoršený sluch
- chronické záněty středouší
- hučení v uších
- jiné:

#### *Onemocnění ledvin:*

- opakované záněty ledvin
- ledvinové koliky
- snížená funkce ledvin
- solitární ledvina
- jiné:

#### *Endokrinologie:*

- onemocnění štítné žlázy
- poruchy tukového metabolismu
- dna
- jiné:

#### *Onemocnění močových cest:*

- opakované záněty močových cest
- kameny v močových cestách
- jiné:

#### *Sexuálněpřenosné choroby:*



## **Gynekologická anamnéza - pouze u žen:**

Počet těhotenství:

Počet porodů:

Počet potratů:

Užíváte antikoncepci? Jakou a jak dlouho?

.....

Poslední preventivní kontrola u gynekologa:

.....

## **Alergické reakce**

Na léky: .....

Zapište níže uvedené alergické podněty a uveďte jejich projevy (například senná rýma, záněty spojivek, kožní projevy, dýchací obtíže, apod.):

- náplast
- jód
- seno, trávy, pyl
- roztoči, prach, srst zvířat
- potraviny
- jiné:

## **Další informace:**

Jste v péči některé ze specializovaných ambulancí? Pokud ano, uveďte kontakt.

.....

Byl/a jste někdy hospitalizován/a? Pokud ano, uveďte kdy a příčinu.

.....

Byl/a jste někdy operován/a? Pokud ano, uveďte kdy a příčinu.

.....

Utrpěl/a jste někdy vážný úraz? Pokud ano, uveďte kdy a jaký.

.....



Kouříte nebo kouřil/a jste cigarety nebo další tabákové výrobky?

Pokud ano, uveďte množství za den a jak dlouho.

.....

Pijete alkoholické nápoje? Pokud ano, uveďte jaké množství týdně a jak dlouho?

.....

Užíváte jiné návykové látky? Pokud ano, uveďte v jakém množství a jak dlouho?

.....

Řídíte motorové vozidlo? Pokud ano, jaké skupiny?

.....

Užíváte v současné době léky? Pokud ano, vyjmenujte je včetně dávků.

.....

Jste řádně očkován/a proti tetanu? Pokud ano, uveďte rok posledního očkování.

.....

Jaká další očkování jste absolvoval/a? Vypište z očkovacího průkazu nebo jej přineste na vstupní prohlídku s sebou.

.....

O jaká očkování máte případně zájem? Například sezónní chřipka, klíšťová encefalitida, virová hepatitida A a B, další:

.....

Byl/a jste někdy v plném nebo částečném invalidním důchodu?

.....

Byla Vám změněna pracovní schopnost nebo diagnostikována choroba z povolání?

.....

Další skutečnosti, které by jste rád/a sdělil/a lékaři (můžete i ústně při prohlídce):

.....

V Praze dne:.....

Podpis:.....