

Anamnestický dotazník

Priezvisko, meno, titul:	Adresa bydliska (pre doručovanie lekárskeho správ):	
Rodné číslo:	Tel. č.:	Email:
Názov zamestnávateľa: Prac. pozícia/zaradenie:		
Meno a adresa Vášho ošetrojúceho všeobecného lekára:		

1. RODINNÁ ANAMNÉZA

Vyskytujú sa alebo vyskytovali sa u Vás v rodine (rodičia, starí rodičia, súrodenci, deti,..) niektoré z týchto ochorení?

- | | |
|--|--|
| ☐ Tuberkulóza
☐ Astma
☐ Poruchy sluchu
☐ Srdcový infarkt
☐ Ochorenia kĺbov
☐ Ochorenia štítnej žľazy, aké
☐ Nie som si vedomý výskytu daných ochorení | ☐ Psychiatrické ochorenie
☐ Vysoký krvný tlak
☐ Náhla cievna mozgová príhoda
☐ Zápal žíl
☐ Onkologické ochorenie
☐ Dedičné alebo vrodené ochorenia, aké |
|--|--|

2. OSOBNÁ ANAMNÉZA

Prekonali ste Vy niektoré z uvedených ochorení alebo liečíte sa na niektoré ochorenie?

- ☐ Čierny kašeľ
- ☐ Záškrt
- ☐ Detská mozgová obrna
- ☐ Rubeola
- ☐ Kožné ochorenia – ekzémy, plesne
- ☐ Náhla cievna mozgová príhoda
- ☐ Srdcový infarkt alebo srdcové ochorenie
- ☐ Cukrovka
- ☐ Ochorenie močových ciest – zápal, kamene
- ☐ Zápal žíl
- ☐ poruchy hladiny tukov
- ☐ Ochorenie pohybového aparátu – bolesti kĺbov, bloky chrbtice, skolióza
- ☐ Infekčné ochorenie – infekčná mononukleóza, hepatitída, salmonelóza, pohlavné ochorenia
- ☐ Ochorenie tráviaceho systému – vredové ochoreniam pálenie záhy, hnačky / zápchy
- ☐ Nervové ochorenie – napr. Epilepsia, porucha hybnosti
- ☐ Gynekologické ochorenie u žien
- ☐ Ochorenie pečene, žlčových ciest
- ☐ Časté zápaly priedušiek, zápal pľúc, astma
- ☐ vysoký krvný tlak, odkedy
- ☐ Nádorové ochorenia, aké
- ☐ Neliečim sa na dané ochorenia a nie som si vedomý, že by som niektoré prekonali

Na nasledovné otázky prosím odpovedajte A – áno N – nie	A/N
1. Máte v súčasnosti nejaké zdravotné ťažkosti? Ak áno, aké:	
2. Navštevujete pravidelne nejakého odborného lekára (špecialistu)? Ak áno, akého:	
3. Prekonali ste nejaké operácie? Ak áno, aké:	
4. Mali ste niekedy vážny úraz, prípadne pracovný úraz? Ak áno, aký:	
5. Mávate bolesti hlavy alebo až migrény?	
6. Pociťujete rezanie v očiach, resp. slzia Vám oči?	
7. Nosíte okuliare?	
8. Máte/mali ste niekedy problémy s chrbticou alebo kĺbmi?	
9. Absolvovali ste niekedy rehabilitačnú liečbu? Ak, áno, akú:	
10. Užívate v súčasnosti nejaké lieky? Ak áno, aké:	
11. Trpíte na niektorú z foriem alergie? – lieky, potraviny, peľ, prach, srst' zvierat, roztoče, iné? Ak áno, uveďte aké:	
12. Mali ste v minulosti alebo máte v súčasnosti stanovenú diagnózu alebo podozrenie na psychologické alebo psychiatrické ochorenie, napr. drogovú závislosť alebo návykové konanie (gambling, kleptománia a pod.)? Ak áno, uveďte aké:	
13. Požívate/požívali ste alkoholické nápoje? Ak áno, ako často: pravidelne - príležitostne - výnimočne	
14. Fajčíte/fajčili ste? Ak áno, koľko rokov: Koľko priemerne denne: Nefajčím už rokov	
15. Ste riadne očkovaný proti tetanu? Prípadne rok posledného očkovania:	
16. Riadite motorové vozidlo? Ak áno, aké skupiny:	
17. Mate čiastočný alebo úplný invalidný dôchodok?	
18. Mali ste niekedy priznanú zmenenú pracovnú schopnosť alebo chorobu z povolania? Ak áno, uveďte kedy: Dôvod:	
19. Iné informácie o Vašom zdravotnom stave, ktoré chcete viac špecifikovať:	

Čestné prehlásenie

Čestne prehlasujem, že dotazník o zdravotnom stave som vyplnil podľa môjho najlepšieho vedomia a všetky uvedené informácie o mojom zdravotnom stave sú úplné a pravdivé. Informácie, ktoré pokladám za veľmi dôverné či osobné oznámim vyšetrujúcemu lekárovi pri prehliadke. Som si vedomý, že zatajením dôležitých informácií o mojom zdravotnom stave si na seba beriem zodpovednosť za prípadné chybné posúdenie mojej zdravotnej spôsobilosti na prácu.

Svojím podpisom vyjadrujem súhlas s použitím mojich osobných údajov k ich technickému spracovaniu pre potreby daného ZZ.

Všetky osobné údaje o zdravotnom stave vyplnené v dotazníku sa stávajú po vyplnení a odovzdaní súčasťou zdravotnej dokumentácie spoločnosti HEDAK, s.r.o.. Tieto informácie sú dôverné a slúžia pre potreby vyšetrujúceho lekára.

Dátum

Podpis zamestnanca