

DOTAZNÍK
VYPLNÍ PACIENT

Jméno a příjmení:	Datum:	pojišťovna:
Adresa:	Zaměstnání:	
Telefon:	Datum narození:	

Osobní anamnéza

Prodělal(a) jsem tyto nemoci:	Operace (kdy)
1. plané neštovice ano-ne	
1. zarděnky ano-ne	
2. černý kašel ano-ne	
3. inf. žloutenku ano-ne	Úrazy (kdy)
4. revmatismus ano-ne	
5. meningitis ano-ne	
6. spála ano-ne	
7. angína ano-ne	Výška..... Váha.....
8. alergie ano-ne	jaká:.....
Gynekologická anamnéza	
Menstruace: od.....	Pravidelný-nepravidelný
Těhotenství.....	Porody..... Potraty.....

Současná léčba:
Jméno + adresa praktického lékaře :
Trvalé užívané Léky + dávkování:
Brýle a počet dioptrií:
Očkování proti tetanu bylo kdy:

Rodinná anamnéza (napište ANO nebo NE)

	Otec	Matka	Sourozenci	Děti
Nemoci srdce.....				
Vysoký krevní tlak.....				
Mozková nebo srdeční příhoda				
Rakovina.....				
Cukrovka.....				
Stavy bezvědomí.....				
Kožní onemocnění.....				
Alergie.....				

Sportovní Anamnéze

Hlavní sport:	Jméno trenéra:	Kolik hodin v týdnu:
---------------	----------------	----------------------

Návyky, zvyklosti

Kouříte? ANO NE Kolik cigaret denně: jak dlouho kouříte? (roky): jak dlouho nekouříte? (roky):
Alkohol ANO NE množství (druh alkoholu) denně:
Analgetika?
Doping?

NEZAMLČUJI ŽÁDNÉ ZDRAVOTNÍ INFORMACE

Podpis pacienta:

Datum: