

Anamnestický dotazník - muž

Jméno a příjmení: Datum narození:
Tel./mobil: Email:
Výška: Váha: Alergie
Máte sourozence? Máte děti?

Informace o Vašich příbuzných (prarodiče, rodiče, sourozenci, děti)

Vysoký krevní tlak	ANO	NE	Onemocnění srdce, infarkt	ANO	NE
Rakovina	ANO	NE	Mozková mrtvice, krvácení do mozku	ANO	NE
Cukrovka	ANO	NE	Křečové žíly, žilní nedostatečnost	ANO	NE
Astma, CHOPN	ANO	NE	Plicní embolie, trombóza	ANO	NE
Demence	ANO	NE	Nemoci nebo operace štítné žlázy	ANO	NE
Poruchy srážlivosti krve	ANO	NE	Jiné:		

Informace týkající se Vašeho zdravotního stavu (v minulosti i nyní)

Vysoký krevní tlak	ANO	NE	Onemocnění srdce, infarkt	ANO	NE
Rakovina	ANO	NE	Mozková mrtvice, krvácení do mozku	ANO	NE
Cukrovka	ANO	NE	Křečové žíly, žilní nedostatečnost	ANO	NE
Astma, CHOPN	ANO	NE	Plicní embolie, trombóza	ANO	NE
Epilepsie, záchvaty	ANO	NE	Nemoci nebo operace štítné žlázy	ANO	NE
Poruchy srážlivosti krve	ANO	NE	Jiné:		

Někdy mívám potíže s ...

... bušení srdce, bolest na hrudi, pocit přeskakování srdce nebo srdeční tísně	ANO	NE
... zadýchávání, dušnost, nemohu vydechnout, pískoty při dýchání	ANO	NE
... obtížné močení, pocit neúplného vymočení, impotence, poruchy erekce	ANO	NE
... pnutí nebo křeče v lýtkách, pocit těžkých nohou, otoky nohou	ANO	NE
... necílené hubnutí, průjem, zácpa, krev ve stolici nebo moči	ANO	NE
... krvácející nebo rostoucí znaménka na kůži nebo sliznicích	ANO	NE
... chůzí, nedojdu co bych potřebovala - ujdou nejvýšemetrů		
... jiné (prosím vyplňte)		

Kouříte? ANO NE Dříve? ANO / NE Jak dlouho? Kolik za den?

Infekční nemoci (škrtni nevhodící): HIV / žloutenka / mononukleóza / neštovice / spalničky

Očkování povinná i nepovinná

Úrazy..... operace:

Léky

Máte řidičský průkaz? ANO NE Vlastníte zbrojní průkaz? ANO NE

Nosíte brýle? ANO NE Měl jste někdy kontrolované "PSA"? ANO NE

Jaké máte vzdělání (zaměření)?

Jaké máte povolání (stereotyp práce)?

Čemu se věnujete ve svém volném čase?

Svým podpisem stvrzuji, že jsem dotazník pochopil(a), údaje vyplnil(a) pravdivě, a že zamlčení důležitých skutečností může mít vliv na moji další léčbu a i případné poškození zdraví s následkem smrti.

Datum:

Podpis pacienta: