

Anamnestický dotazník - žena

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
... úniky moči při poskočení, smíchu, kašli nebo jiných situacích (jakých?) 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 - ujdu 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 Nosíte brýle/čochky? Jak silné? ANO NE

Plánujete těhotenství? ANO NE Provádíte samovyšetření prsů? ANO NE

Mamografie / sono prsů? Poslední prevence na gynekologii?

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 pacientky: