

## TENTO DOKUMENT POSKYTUJE VAŠEMU LÉKAŘI DŮLEŽITÉ INFORMACE TÝKAJÍCÍ SE VAŠEHO ZDRAVOTNÍHO STAVU.

Prosím, vyplňte tento dotazník před Vaší návštěvu a přineste s sebou na vyšetření.

Jméno:

Datum narození:

Rodné číslo:

Praktický lékař:

Rodinný stav: svobodný  v manželství  rozvedený  ovdovělý

**Následující informace jsou důvěrné. Nebudou sdíleny bez Vašeho povolení.**

Jaký je hlavní důvod, kvůli kterému jste vyhledal lékařské ošetření?

Jaké máte nyní obtíže?

### Laboratorní vyšetření

Byl jste na odběru v laboratoři v posledních 3 měsících? ano  ne

Pokud ano o jaké vyšetření se jednalo?

odběr krve  odběr moči / ejakulátu  odběr z rány  jiné

(prosím přiložte výsledky)

### Zobrazovací vyšetření

Byli jste v posledních 6 měsících na některém z následujících vyšetření?

Ultrazvukové vyšetření břicha ano  ne

Ultrazvukové vyšetření končetin ano  ne

Ultrazvukové vyšetření jiné: (uvedte) ano  ne

CT vyšetření ano  ne

MRI - Magnetická rezonance ano  ne

Jiné: Prosím přiložte výsledky.

Podpis klienta/ky: .....

**Uvedte Vaše zdravotní problémy se kterými se v současné době léčíte.**

- Uvedte všechny operace které jste dosud podstoupili (vč. srdeční chlopně, kloubních náhrad)

- Uvedte zda trpíte alergií a na co jste alergický

- Už jste někdy měli transfuzi krve?

ano  ne

- Musíte před návštěvou zubaře užívat antibiotika?

ano  ne

**Uvedte obchodní názvy léků, které užíváte, včetně dávky a frekvence užívání.**


Podpis klienta/ky: .....

**Popište Vaše návyky**

Kouříte cigarety?

ano, méně než 1 balení denně   
ano, 1-2 balíčky den méně než 1 balení denně   
ne

Pijete alkohol?

ano  ne

Pijete kávu?

ano, 1-2 šálky   
ano, více než 3 šálky   
ne

**Rodinná historie**

Vyskytla se ve vaší rodině rakovina nebo jakékoliv jiné závažné onemocnění ledvin, močového měchýře, prostaty nebo varlat? Prosím, uveďte:

Otec

Matka

Bratr

Sestra

Ostatní

Podpis klienta/ky: .....

Na následující straně označte všechny potíže, které Vás omezují v běžném životě.

**Celkové**

- Únava
- Horečka
- Noční pocení
- Svědění
- Zimnice
- Přibývání na váze
- Ztráta Váhy
- Vysoký Krevní Tlak

**Kožní**

- Vředy
- Vyrážka
- Svědění
- Léze
- Úzkost

**Hlava**

- Chronická bolest hlavy
- Poranění hlavy
- Nevolnost

**Zrak**

- Poruchy zraku
- Dvojité vidění
- Ztráta zraku
- Krvácení

**Dechové**

- Astma
- Chronický kašel
- Dušnost
- Potíže s dýcháním

**Uši/sluch, ústa, nos, a krk**

- Zvonění v uších
- Krvácení z nosu
- Krvácení z dásní
- Chrapot
- Zhoršení sluchu

**Srdeční**

- Bolest na hrudi
- Infarkt
- Šelesty na srdci (vyžadující antibiotika)
- Kardiostimulátor
- Vysoká hladina cholesterolu /tuků

**Zaživaci**

- Zácpa
- Průjem
- Zvracení
- Krvácení z konečníku

**Krevní**

- Chudokrevnost
- Tvorba modřin
- Prodloužené krvácení

**Psychiatrické**

- Deprese
- Změny nálady

**Močové**

- Chronické Močové infekce
- Únik moči
- Ledvinové kameny
- Časté močemí
- Naléhavé močení

**Svalové a kosterní**

- Bolesti zad
- Bolest kloubů
- Otok kloubů
- Svalová slabost
- Bolest svalů

**Neurologické**

- Závrať
- Záchvaty
- Mrtvice
- Třes

**Endokrinní**

- Problémy se štítnou žlázou
- Změny chutí k jídlu
- Nesnášenlivost tepla nebo chladu
- Cukrovka
- Snížená sexualita

Podpis klienta/ky: .....

**Vysvětlete prosím jakékoli další informace týkající se Vašeho stavu, pokud nebyly uvedeny výše:**

Vyplnil: (jméno)

Dne:

**Děkujeme Vám za vyplnění tohoto dotazníku. Ujistěte se, že si ho přinesete s sebou na vyšetření.**

*Podpis klienta/ky: .....*