

MENO A PRIEZVISKO:

RODNÉ ČÍSLO:

TELEFONICKÝ KONTAKT:

MAILOVÁ ADRESA:

**1. OSOBNÁ ANAMNÉZA**

Liečíte sa na niektoré z nižšie uvedených ochorení?

**Cukrovka**  áno  nie od ktorého roku: **Vysoký krvný tlak**  áno  nie od ktorého roku: **Vysoký cholesterol**  áno  nie od ktorého roku: **Ochorenie srdca**  áno  nie od ktorého roku: **Iné**

(prekonané ochorenia, sledovanie u odborných lekárov, operácie, úrazy, infekčné ochorenia – napr. hepatitída, a pod., uveďte aj rok/svoj vek, keď sa odohrali)

**2. RODINNÁ ANAMNÉZA (RODIČIA, SÚRODENCI, DETI)**

Liečil sa niekto na jedno z nižšie uvedených ochorení?

**Cukrovka**  áno  nie koľko členov rodiny: **Vysoký krvný tlak**  áno  nie koľko členov rodiny: **Srdcovocievne ochorenia**  áno  nie koľko členov rodiny: **Nádorové ochorenia**  áno  nie koľko členov rodiny: druh: **Poruchy krvnej zrážavosti**  áno  nie koľko členov rodiny: **Iné**

(prekonané ochorenia, sledovanie u odborných lekárov, operácie, úrazy, infekčné ochorenia – napr. hepatitída, a pod., uveďte aj rok/svoj vek, keď sa odohrali)

**3. ALERGICKÁ ANAMNÉZA**

(na lieky, potraviny, iné látky)

**4. PRACOVNÁ ANAMNÉZA**

(napr. pracovné zaradenie, fajčenie na pracovisku, práca s chemikáliami, vonku, v chlade, práca v noci, nadčasy...)

**5. UŽÍVANIE LIEKOV**

(dlhodobé, podľa potreby, výživové doplnky, iné)

**6. CESTOVATEĽSKÁ ANAMNÉZA**

(uveďte najmä exotické, tropické krajiny, ktoré ste navštívili + rok pobytu)

**7. GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA (URČENÉ LEN PRE ŽENY)**Menštruácia od ktorého roku Cyklus pravidelný  áno  nieHormonálna antikoncepcia  áno  niePočet pôrodov Počet potratov Menopauza od ktorého roku

### 8. ABSOLVOVANÉ OPERÁCIE

rok	<input type="text"/>	druh	<input type="text"/>
rok	<input type="text"/>	druh	<input type="text"/>
rok	<input type="text"/>	druh	<input type="text"/>
rok	<input type="text"/>	druh	<input type="text"/>
rok	<input type="text"/>	druh	<input type="text"/>

### 9. UŽIVANIE ŠKODLIVÝCH LÁTOK

káva	od ktorého roku/ počet denne	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
cigarety	od ktorého roku/ počet denne	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
alkohol	od ktorého roku/ počet denne	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
návykové látky	od ktorého roku/ počet denne	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>

### 10. ABSOLVOVANÉ OČKOVANIA

(napr. proti hepatitíde, pneumokokom, kliešťovej encefalitíde, Covid-19, tetanus, chrípka a iné)

### 11. VITÁLNE FUNKCIE

#### Spánok

(zaspávanie, prebúdzanie sa v noci, močenie v noci, pocit odдыхu po prebudení...)

#### Chuť do jedla

(koľkokrát denne jete, pravidelnosť, trpíte hladom, sladené nápoje, diéta)

Hmotnosť

stabilná  áno  nie

Výška

Stolica pravidelná  áno  nie bolestivá  áno  nie prímies krvi  áno  nie

Močenie pálenie  áno  nie rezanie  áno  nie

Pohyb/šport

### 12. ZDRAVOTÉ ŤAŽKOSTI

(chronické, akútne)

### 13. DÔVOD VÝBERU VÁŠHO VYŠETRENIA

DÁTUM:

PODPIS: