



Anamnestický dotazník

Příjmení		Jméno	
Rodné číslo		Pojišťovna	
E-mail		Telefon	
Bydliště		Odkud jste se o nás dozvěděli	<input type="checkbox"/> internet <input type="checkbox"/> leták <input type="checkbox"/> na doporučení

Abychom Vás mohli bez komplikací ošetřit, odpovězte, prosím, na níže uvedené otázky. Anamnestický dotazník bude součástí zdravotnické dokumentace a bude podléhat lékařskému tajemství. Svým podpisem potvrzujete správnost uvedených údajů podle 98/2012 Sb. § 2 Vyhláška o zdravotnické dokumentaci.

Trpíte nějakou alergií (pyly, senná rýma, včely, potraviny, ...)?	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	
Jste alergický/á na nějaké léky?	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	
Měl/a jste někdy epileptický záchvat? (linou poruchu vědomí?)	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	
Máte poruchu krevní srážlivosti nebo jinou krevní chorobu?	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	
Máte cukrovku (diabetes)?	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	
Máte nebo jste měli nějaké srdeční onemocnění (infarkt, operace, kardiostimulátor, ...)?	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	
Máte nebo jste měli nějaké infekční onemocnění (žloutenka, tuberkulóza, HIV)?	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	
Trpíte nízkým nebo vysokým krevním tlakem?	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	
Máte nějaké onemocnění jater?	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	
Trpíte nějakým plicním onemocněním (astma)?	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	
Máte onemocnění štítné žlázy?	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	
Máte nebo jste měli nějaké nádorové onemocnění?	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	
Máte nějaké oční onemocnění (zelený či šedý zákal)?	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	
Prodělal/a jste někdy jakoukoli operaci?	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Jakou?
Máte v současnosti nějaké jiné onemocnění?	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	
Užíváte nějaké léky?	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Které a jak často?
Pouze pro pacientky – jste těhotná?	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolikátý měsíc?
Kouříte?	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik cigaret denně?

___/___/2022

Datum

Podpis pacienta nebo rodiče (pokud pacient mladší 18 let)