**Dotazník pred preventívnou prehliadkou** Tento dotazník slúži k lepšej informovanosti lekára a podlieha lekárskemu tajomstvu. Je súčasťou Vašej preventívnej prehliadky, preto venujte zvýšenú pozornosť jeho vyplneniu. Správne odpovede označte alebo vypíšte. **Meno a priezvisko : .............................................. Zamestnanie: ............................................................. Rodné číslo:.......................................................... Výška a váha:.............................................................. Telefónne číslo:.................................................... Email:.........................................................................**

 **Alergia:** Nie Áno Ak áno, aká? .............................................................................................................

**Fajčenie:** Nie Áno Ak áno, koľko rokov? ....................................., koľko denne? ..................................

**Alkohol:** Nie Áno Ak áno, uvedte druh a množstvo týždenne: ............................................................

**Iná závislosť:** Nie Áno Ak áno, aká? ...........................................................................................................

**Pohybová aktivita:** Nie Občas Pravidelne, aká? ..........................................................................

**Očkovanie proti tetanu:** Nie Áno Iné očkovania? (hepatitída, chrípka,....) ..........................................

**Nosíte okuliare alebo kontakté šošovky?** Nie Áno

**Chutí vám jesť?** Nie Áno **Máte problémy so spánkom**? Nie Áno

**Aká je vaša hmotnosť?** stabilizovaná chudnem priberám

1. **INFORMÁCIE O VAŠICH PRÍBUZNÝCH** (priami príbuzní - rodičia, starí rodičia, súrodenci, deti) - liečia sa na ochorenia?

 nádorové ochorenia (rakovina) tuberkulóza srdcový infarkt astma

 zápaly žíl, trombóza cukrovka mozgová porážka vysoký krvný tlak

 štítnej žľazy psychické iné ..........................................................................

1. **VAŠA OSOBNÁ ANAMNÉZA:** (prekonali ste alebo sa liečite na niektoré z uvedených ochorení?)

 časté angíny zápaly žíl, trombózy choroby štítnej žľazy infekčné ochorenie

 srdcový infarkt pohybového systému opakované zápaly pľúc astma

 vysoký krvný tlak nervové ochorenia psychiatrické cukrovka

 očné gynekologické ochorenia močových ciest a obličiek

 mozgová príhoda zvýšený cholesterol ochorenia krvi, poruchy zrážanlivosti

 kožné ochorenia tráviace ťažkosti nádorové ochorenia (rakovina)

 neliečim sa na dané ochorenia a nie som si vedomý, že by som niektoré prekonal

 iné ..............................................................................................................................................................................

 operácie (uvedte rok a dôvod operácie) ...................................................................................................................

 vážne úrazy (uvedte rok a nález) ...............................................................................................................................

**Navštevujete pravidelne niektorú špecializovanú ambulanciu ?** Akú?/Meno lekára? ...................................................

1. **MÁTE V SÚČASNOSTI ZDRAVOTNÉ ŤAŽKOSTI ?** (uvedte aké) ....................................................................................................................................................................................

Svojím podpisom potvrdzujem, že som dotazník pochopil(a), údaje uviedol (a) pravdivo, a že zamlčanie dôležitých skutočností môže mať vplyv na moju ďalšiu liečbu a prípadne aj poškodenie zdravia.

**Dátum:**........................................... **Podpis:**..............................................

**Dovoľujeme si Vás informovať, že Vaše osobné údaje spracúvame na základe a v súlade so zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.**