

Zdravotní dotazník pro účely pracovnělékařských služeb

(Předem děkujeme za vyplnění a dovoluujeme si Vás ujistit, že všechny Vaše údaje budou užity pouze pro posudkové účely a podléhají lékařskému tajemství, Zdravotní dotazník odevzdejte při vstupní prohlídce nebo při první prohlídce u tohoto Poskytovatele zdravotních služeb do pracovního poměru poskytovateli pracovně lékařských služeb - lékaři)

Příjmení, jméno, titul:	
Rodné číslo:	
Zdravotní pojišťovna:	
Bydliště:	
Telefon:	

RA:

(rodinná anamnéza - uveďte prosím všechny závažnější choroby ve Vaší rodině, t.j. u otce, matky sourozenců a dětí), zejména výskyt cukrovky, vysokého krevního tlaku, srdečních onemocnění, onkologických nemocí ev. jiných chronických tj. dlouhodobých nemocí:

OA:

(osobní anamnéza - uveďte prosím všechny závažnější nebo často se opakující choroby, které jste prodělal/a od dětství):

vysoký krevní tlak	
nemoci štítné žlázy	
porucha metabolismu (cukrovka, cholesterol)	
nemoci nervové (epilepsie)	
srdeční a plicní onemocnění (infarkt, chronické bronchitidy)	
nemoci cévní (zánět žil)	
nemoci trávicího traktu a jater	

operace:

úrazy:

hospitalizace (pobyt v nemocnici) :

dispenzarizace:

(uveďte prosím, zda jste sledován/a nějakým lékařem-specialistou a s jakou chorobou): ano – ne*

.....

byl Vám přiznán invalidní důchod? (Pokud ano pro jakou chorobu?) ano – ne*

.....

AA:

(trpíte alergiemi – léky, potraviny, ekzémy, astma?) ano – ne*

.....

FA:

(užíváte trvale nebo často nějaké léky?) ano – ne*

.....

Abusus: (kolik/den)

kouření: ano – ne*

alkohol: ano – ne*

černá káva: ano – ne*

návykové látky: ano – ne*

OA:

(u žen – máte, nebo měla jste nějaké gynekologické obtíže?) ano – ne*

.....

.....

Rodila jste? – kolikrát ano – ne*

Jste v péči gynekologa? ano – ne*

PA:

uved'te prosím Vaše pracovní zařazení:

pracoval(a) jste někdy na rizikovém pracovišti? ano – ne*

TAT:

Kdy jste byl/a naposledy očkován(a) proti tetanu:

Uved'te prosím Vaši váhu: výšku:

Nosíte brýle? ano – ne*

Případné další skutečnosti, které byste chtěl/a sdělit:

Prohlašuji, že jsem nezamlčel/a závažné skutečnosti týkající se mého zdravotního stavu.

V dne.....

Podpis.....