

Anamnézis kérdőív

A foglalkozás egészségügyi vizsgálatához kérjük a kérdőív kitöltését. Ha a kérdések megválaszolásához szüksége van segítségre, szívesen állunk rendelkezésére!

Neve: _____

Születési ideje: _____ év _____ hónap _____ nap

Testmagassága: _____ cm Testsúlya: _____ kg

Tud-e gyógyszerérzékenységről vagy egyéb allergiáról?

- Nem
- Igen (mire?) _____
(tünetek?) _____

Rendszeresen szedett gyógyszerei (fogamzásgátló, fájdalomcsillapító, nyugtató is):

Belső szervi betegségei (mivel kezelték vagy mire szed gyógyszert?):

- | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|
| Magasvérnyomás betegség | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |
| Cukorbetegség | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |
| Fulladással járó krónikus tüdőbetegség | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |
| Szívbetegség (ismert szívritmuszavar, szívzörej, régebbi infarktus, mellkasi panasz) | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |
| Pajzsmirigy alul- vagy túlműködése, egyéb anyagcsere megbetegedés | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |
| Visszeresség, lábdagadás | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |
| Korábbi mélyvénás trombózis | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |
| Volt-e eszméletvesztése? | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |
| Idegi bántalmak (pl.: epilepszia, bénulások, agyvérzés) | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |
| Izomfájdalom és izomgyengeség | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |
| Vázrendszer megbetegedései (pl.: ízületi bántalmak, gerincsérv) | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |
| Kedélybetegség miatti kezelés? (pl.: depresszió, pszichiátriai megbetegedés) | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |
| Gyomor-, bélpanaszok, vékonybél, vastagbél krónikus gyulladása | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |

Máj- és epebetegség igen nem

Vesebetegség igen nem

Szembetegségek (pl.: zöldhályog, szürkehályog) igen nem

Műtétek (kérjük, sorolja fel):

Dohányzik? igen nem

Ha igen, mennyi ideje és naponta hány szálát szív el?

Napi/heti rendszerességgel fogyaszt alkoholt? igen nem

Használ-e élénkítő szereket? (kávét, energia ital, drog) igen nem

Használ-e hallókészüléket? igen nem

Használ-e szemüveget, kontaktlencsét? igen nem

Kapott-e védőoltást az elmúlt 1 hónapban? igen nem

Jelenleg táppénzes állományban van? igen nem

Ön megváltozott munkaképességű? igen nem

Ha igen, akkor kérjük, hozza a dokumentációkat.

Egyéb említésre méltó körülmények (ide írhatja, amelyek Önnek lényegesnek tűnnek, de nem kérdeztünk rá pl.: vírusos májgyulladás [hepatitis]; nemi úton terjedő betegség [szifilisz, AIDS], baleset, fel nem sorolt egyéb megbetegedések):

Az elmúlt 3 évben az alábbiak közül milyen szűrővizsgálatokon vett részt?

tüdő gyomor vastagbél emlő vese nőgyógyászati

prosztata szájüregi bőrgyógyászati

Nyilatkozom, hogy eltitkolt betegségem nincs.

Dátum: _____ Aláírás: _____