

Zdravotný dotazník

Vážení/á prijímateľ/ka sociálnej služby,

dovoľujeme si Vás požiadať o vyplnenie tohto dotazníka, ktorý slúži výhradne ku informovanosti Vášho zdravotného stavu, zdravotných problémov, diagnostikovaných ochorení. Pozorne si prečítajte otázku a správnu odpoveď zaškrtnite alebo vypíšte.

Za námahu a venovaný čas Vám ďakujeme.

.....

Priezvisko, meno

.....

dátum narodenia

Osobná anamnéza

1. Prekonali ste alebo sa liečite na niektoré z uvedených ochorení ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> infekčné ochorenie | <input type="checkbox"/> vysoký krvný tlak |
| <input type="checkbox"/> srdcový infarkt | <input type="checkbox"/> mozgová príhoda |
| <input type="checkbox"/> časté angíny | <input type="checkbox"/> kožné ochorenie |
| <input type="checkbox"/> opakované zápaly priedušiek, pľúc, astma | <input type="checkbox"/> psychické poruchy --úzkosť, panika, fóbie |
| <input type="checkbox"/> psychiatrické ochorenie | <input type="checkbox"/> ochorenie pohybového systému |
| <input type="checkbox"/> ochorenie močových ciest, obličiek | <input type="checkbox"/> zápaly žíl |
| <input type="checkbox"/> cukrovka | <input type="checkbox"/> nádorové ochorenia |
| <input type="checkbox"/> ochorenie krvi, poruchy zrážanlivosti --zvýšená/znížená | |
| <input type="checkbox"/> očné ochorenia | |
| <input type="checkbox"/> alergie – uveďte na čo? | |
| <input type="checkbox"/> neliečim sa na dané ochorenia a nie som si vedomý/á, že by som niektoré prekonal/a | |
| <input type="checkbox"/> iné | |

2. Mali ste vážnejší úraz? (zlomenina, otras mozgu a pod.) Ak áno, uveďte rok a nález:

.....

3. Navštevujete pravidelne niektorú špecializovanú ambulanciu? (Názov/Meno lekára)

.....

4. Máte v súčasnosti ťažkosti s?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> dýchaním | <input type="checkbox"/> spánkom | <input type="checkbox"/> stolicou |
| <input type="checkbox"/> močením | <input type="checkbox"/> chuťou do jedla | <input type="checkbox"/> nemám ťažkosti |
| <input type="checkbox"/> výraznejšie som pribral/a
za posledný rok | <input type="checkbox"/> výraznejšie som schudol/a
za posledný rok | <input type="checkbox"/> iné -
..... |

5. Uved'te osoby žijúce v spoločnej domácnosti, podmienky bývania

.....
.....
.....
.....

6. Trávili ste určitý čas v zahraničí? (uved'te dobu, krajinu, čas návratu)

.....

7. Boli ste v kontakte s osobami, ktoré navštívili krajinu s výskytom Coronavírusa? (rozpíšte)

.....
.....

Informácie o Vašich príbuzných (priami príbuzní – rodičia, súrodenci, deti)

Liečia/liečili sa Vaši priami príbuzní na niektoré z uvedených ochorení?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> nádorové ochorenie (rakovina) | <input type="checkbox"/> tuberkulóza | <input type="checkbox"/> srdcový infarkt |
| <input type="checkbox"/> cukrovka | <input type="checkbox"/> zápal žíl, trombóza | <input type="checkbox"/> astma |
| <input type="checkbox"/> vysoký krvný tlak | <input type="checkbox"/> ochorenia štítnej žľazy | <input type="checkbox"/> mozgová príhoda
(porážka) |
| <input type="checkbox"/> psychické choroby (depresie, samovraždy v rodine, schizofrénia a od.) | | |
| <input type="checkbox"/> iné | | |

Svojim 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