

Anamnézis kérdőív

A foglalkozás egészségügyi vizsgálatához kérjük a kérdőív kitöltését. Ha a kérdések megválaszolásához szüksége van segítségre, szívesen állunk rendelkezésére a + 36 30 5206570 vagy info@novagroup.hu elérhetőségeken.

Neve: _____

Születési ideje: _____ év _____ hónap _____ nap

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 |
| Szívritmuszavar, szívzörej, régebbi infarktus, mellkasi panasz | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |
| Pajzsmirigy alul- vagy túlműködése, egyéb anyagcserezavar | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |
| Visszeresség, láb dagadás | <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 |
| Vázrendszeri betegség (pl.: ízületi, gerincsérv) | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |

- Kedélybetegség (pl.: depresszió, pszichiátriai megbetegedés) igen nem
- Gyomor-, bélpanaszok, vékonybél, vastagbél krónikus gyulladása igen nem
- Máj- és epebetegség igen nem
- Vesebetegség igen nem
- Szembetegségek (pl.: zöldhályog, szürkehályog) igen nem

Megelőző műtétei (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?** (kávé, energia ital, drog) igen nem
- Használ-e hallókészüléket?** igen nem
- Használ-e szemüveget, kontaktlencsét?** igen nem

Egyéb említésre méltó körülmények (ide írhatja, amelyek Önnek lényegesnek tűnnek, de nem kérdeztünk rá pl.: vírusos májgyulladás [hepatitis B, C]; 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
- prosztatata szájüregi bőrgyógyászati

Nyilatkozom, hogy eltitkolt betegségem nincs.

Dátum: _____

_____ aláírás