

Anamnézis kérdőív

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

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) | <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

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