



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

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

☐ igen ☐ nem

Cukorbetegség

☐ igen ☐ nem

Fulladással járó krónikus tüdőbetegség

☐ igen ☐ nem

Szívbetegség

(ismert szívritmuszavar, szívzörej, régebbi infarktus, mellkasi panasz)

☐ igen ☐ nem

Pajzsmirigy alul- vagy túlműködése, egyéb anyagcsere megbetegedés

☐ igen ☐ nem

Visszeresség, lábdagadás

☐ igen ☐ nem

Korábbi mélyvénás trombózis

☐ igen ☐ nem

Volt-e eszméletvesztése?

☐ igen ☐ nem

Idegi bántalmak (pl.: epilepszia, bénulások, agyvérzés)

☐ igen ☐ nem

Izomfájdalom és izomgyengeség

☐ igen ☐ nem

Vázrendszer megbetegedései (pl.: ízületi bántalmak, gerincsérv)

☐ igen ☐ nem

Kedélybetegség miatti kezelés? (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

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? (kávé, energia ital, drog)

☐ igen ☐ nem

Használ-e hallókészüléket?

☐ igen ☐ nem

Használ-e szemüveget, kontaktlencsét?

☐ igen ☐ nem

Kapott-e védőoltást az elmúlt 4 hétben?

☐ 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 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 ☐ prosztata

☐ szájüregi ☐ bőrgyógyászati

Nyilatkozom, hogy eltitkolt betegségem nincs.

Dátum: _____

aláírás