

Endokrinologie/Obezitologie

Vážená paní, vážený pane, dostáváte se do péče endokrinologické a obezitologické ambulance. Před prvním vstupním vyšetřením je pro nás důležité, abychom o Vás zjistili co nejvíce informací, proto Vás prosíme o pečlivé vyplnění dotazníku.

Identifikační a kontaktní údaje:

Příjmení: _____ Jméno: _____
Telefon (mobil) _____ E-mail: _____
Adresa (korespondeční): _____

ALERGIE: _____

Rodinná anamnéza:

(informace o zdravotním stavu přímých příbuzných - dětí, sourozenců, rodičů (i v případě, že již nežijí)).
Léčili se s cukrovkou, vysokým krevním tlakem, onemocněním srdce, zvýšeným cholesterolem, onemocněním štítné žlázy, onemocněním pohybového aparátu, onemocněním plic, alergií, astmatem, atopickým ekzémem, onemocněním nervové soustavy, nádorovým onemocněním či jinou závažnou chorobou?

Váha: _____ **Výška:** _____

Léky, které pravidelně užíváte:

Název léku: uvedte název, včetně síly (mg) např. Siofor 1000 mg 1-0-1

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Osobní anamnéza:

Informace o vašem zdravotním stavu, - napište, zda a přibližně jak dlouho se léčíte, kdo vás sleduje. Uveďte zejména diabetes mellitus, vysoký krevní tlak, onemocnění štítné žlázy, dnu (zvýšení kyseliny močové), onemocnění srdce a cév, vysoký cholesterol, nádorová onemocnění, infekční onemocnění, jakékoliv další závažné choroby, operace, úrazy.

Pracovní a sociální anamnéza:

Jaké máte zaměstnání? _____

Sedavé fyzicky náročné starobní důchod invalidní důchod

Gynekologická anamnéza

Menstruace začala v kolika letech ? _____ Přejít v kolika letech? _____

Cyklus pravidelný (uveďte délku cyklu /délku krvácení) _____

Těhotenství (uveďte celkový počet) _____ Kolik porodů ? _____ z toho císařským řezem _____ Potraty (umělé přerušování nebo spontánní potraty): _____

Hormonální antikoncepce nebo jiná hormonální léčba (od kdy a jaká): _____

Gynekologické obtíže, operace:

Pacient dále stvrzuje svým podpisem, že byl **informován o svých právech** (právo určit či vyloučit osoby z informovanosti, právo odmítnout léčbu, právo odmítnout být informován).

Pacient dále svým podpisem dává **souhlas se sdělováním informací telefonicky nebo elektronickou poštou**. Jako identifikační kód slouží číslice rodného čísla za lomítkem.

Pacient souhlasí s **podáváním informací o zdravotním stavu druhé osobě** (uveďte komu). V případě, že nesouhlasíte s podáváním informací jiným osobám, kolonku proškrtněte.

Jméno, příjmení _____ Kontakt: _____

Pacient byl upozorněn a souhlasí, že při nedodržení termínu návštěvy pacientem bez závažného důvodu bez omluvy je zdravotnické zařízení oprávněno účtovat peněžní náhradu vynaložených nákladů ve výši 300,- Kč. Pacient je povinen řídit se **vnitřním řádem NSZ** (k nahlédnutí v ordinaci).

Datum:

Podpis:

