



## Zdravotní dotazník

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Email:

Telefon (nejlépe mobilní):

Registroval/a jste se **NOVĚ** u jiného praktického lékaře v posledních 3 měsících?

ANO  / NE

Trpíte nebo jste trpěl/a některým z následujících onemocnění, resp. onemocněním následujících orgánů?

nemoc	NE	ANO	details
alergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
infekční nemoc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dýchací orgány	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
srdce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
krevní tlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
cévní onemocnění (i žilní)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
cukrovka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
zažívací orgány	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nervová soustava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nádorové onemocnění	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
krevní onemocnění	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ledviny a močové orgány	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
štítná žláza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
oční onemocnění	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
kožní onemocnění	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pohybový aparát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ušní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nemoc z povolání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
psychiatrické	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
máte obtíže s usínáním či spánkem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
gynekologické	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
byl/a jste uznán invalidní?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Očkování:     proti tetanu (poslední) kdy:  
                  jiná v posledním roce:

Jaké jste prodělal/a operace (včetně gynekologických)?

Kouření:

- kouřím pravidelně, kolik v průměru denně:
- kouřím občas
- kouřil jsem, ale již nekouřím - jak dlouho:
- nikdy jsem nekouřil

Alkohol:

- piji pravidelně, kolik, co:
- piji příležitostně
- nepiji vůbec

Jiné drogy či návykové látky:

- užívám pravidelně, kolik, co:
- užívám příležitostně, co:
- neužívám vůbec

Pravidelně nebo občas docházím za odborným lékařem:

Uveďte seznam léků, které pravidelně užíváte, včetně velikosti dávek a četnosti užívání:

Prohlašuji, že výše uvedené údaje jsou pravdivé. Jsem si vědom/a rizika poškození mého zdraví či života v případě, že neuvedu některé dotazované informace, či uvedu nepřesné nebo nepravdivé informace.

datum:

podpis: