PŘEDBĚŽNÝ ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK

(vyplnit a zaslat elektronicky, netisknout)

KLIENT (DOSPĚLÝ)

Jméno a příjmení, titul

Rodné číslo

Povolání

Sport ◯ Rekreačně ◯ Registrovaně

Výška cm Hmotnost kg

KLIENTŮV PRAKTICKÝ LÉKAŘ

Jméno a příjmení, titul

Adresa ordinace

Telefon Email

Měsíc a rok poslední návštěvy

Důvod poslední návštěvy

1. Pijete alkohol (včetně piva nebo vína)?

◯ Ne ◯ Ano Uveďte jaký alkohol (například pivo, víno, tvrdý alkohol), jeho množství a jak často (například 1 litr vína týdně).

2. Kouříte nebo jste v minulosti kouřil/a?

◯ Ne ◯ Ano Uveďte množství (například 10 ks týdně), druh (například cigarety, doutníky, e-cigarety, dýmky) a pokud jste přestal/a kouřit, tak kdy.

3. Užíval/a jste nebo užíváte návykové látky? Projevila se závislost?

◯ Ne ◯ Ano Uveďte návykovou látku nebo závislost (například alkohol, drogy, gamblerství, léky) a pokud ji přestal užívat nebo byl vyléčen, tak kdy.

4. Měl/a jste nebo máte změněnou pracovní schopnost nebo zažádáno o ni? Byl Vám přiznán invalidní důchod, nebo jste o něj žádal/a?

◯ Ne ◯ Ano Uveďte návykovou látku nebo závislost (například alkohol, drogy, gamblerství, léky) a pokud ji přestal užívat nebo byl vyléčen, tak kdy.

5. Vyhledal/a jste zdravotnické zařízení nebo jste vyšetřován/a, léčen/a nebo sledován/a pro alespoň jednu z:

Uveďte nemoc, stádium, rok stanovení diagnózy, podstoupené vyšetření (například RTG, CT, MRI, EKG) a doporučenou léčbu (například léky, ozařování, hospitalizace).

a) nemocí oběhové soustavy a krve

◯ Ne ◯ Ano například vysoký krevní tlak, onemocnění srdce, cévní mozková příhoda, embolie, žilní trombóza

b) nemocí žláz s vnitřním vylučováním a látkové přeměny

◯ Ne ◯ Ano například porucha štítné žlázy, zvýšená hladina cholesterolu, cukrovka (uvést, zda je aplikován inzulin), porucha glukózové tolerance

c) nádorových onemocnění nebo podezření na ně

◯ Ne ◯ Ano na základě příznaků, laboratorních výsledků či výsledků lékařského vyšetření jako například pozitivní cytologie, zvýšené PSA nebo premalignitu (například ne/zhoubný nádor, seminom, melanom, Hodgkinův lymfom, leukémie, nádor in situ)

d) nemocí nervové soustavy

◯ Ne ◯ Ano například epilepsie, encefalitida, meningitida, roztroušená skleróza, Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc

e) nemocí svalové a kosterní soustavy

◯ Ne ◯ Ano například bolest zad, výhřez ploténky, skolióza, artróza, revmatická artritida, osteoporóza, dna

f) poruch duševních a poruch chování

◯ Ne ◯ Ano například porucha příjmu potravy, deprese, úzkostná porucha, schizofrenie

g) nemocí dýchací soustavy

◯ Ne ◯ Ano například astma, zánět plic, pneumothorax, chronická obstruktivní choroba plic

h) nemocí močové soustavy

◯ Ne ◯ Ano například zánět močového měchýře, zánět ledvin, močové kameny, polycystické ledviny, chybějící ledvina

i) nemocí ženské pohlavní soustavy

◯ Ne ◯ Ano například dysplazie děložního čípku,cysta na vaječníku, myom děložhy, endometrióza, pohlavně přenosné nemoci, vyšetření plodnosti

j) nemocí mužské pohlavní soustavy

◯ Ne ◯ Ano například onemocnění prostaty, hydrokéla, spermatokéla, pohlavně přenosné nemoci, vyšetření plodnosti

k) infekčních a parazitárních nemocí

◯ Ne ◯ Ano například žloutenka, mononukleóza, tuberkulóza, pásový opar

l) nemocí oka

◯ Ne ◯ Ano například dalekozrakost, krátkozrakost, šedý zákal, zelený zákal, astigmatismus, onemocnění sítnice, slepota

pokračování na 2. straně

PŘEDBĚŽNÝ ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK

(vyplnit a zaslat elektronicky, netisknout)

m) nemocí ucha

◯ Ne ◯ Ano například zánět středního ucha, ušní šelest, Meniérova nemoc, hluchota

n) nemocí kůže

◯ Ne ◯ Ano například lupénka, ekzém, mateřské znaménko, névus (piha) - sledování i odstranění

o) nemocí trávicí soustavy

◯ Ne ◯ Ano například zánět žaludku, zánět slinivky břišní, zánět žlučníku, žaludeční vřed, ztučnění jater, polyp střeva nebo konečníku, Crohnova choroba, ulcerózní kolitida

p) jakýchkoli jiných výše neuvedených nemocí, vad (včetně vrozených) nebo jiných zdravotních obtíží

◯ Ne ◯ Ano například bolesti, závratě, dušnost, tlak na prsou

6. Projevily se u Vás příznaky nádorového onemocnění, pro které plánuje návštěvu zdravotnického zařízení?

◯ Ne ◯ Ano například krev v moči, krev ve stolici, mnohočetná mateřská znaménka, zvětšená prostata, bulka, zvětšené uzliny - příznaky a od kdy se projevují

7. Utrpěl/a jste kdykoli úraz, který ZANECHAL trvalý následek (například fyzická ztráta, ochrnutí, omezení hybnosti, deformace)?

◯ Ne ◯ Ano Uveďte část těla (včetně určení vpravo nebo vlevo), typ úrazu, kdy k němu došlo, dobu a způsob léčby a trvalý následek.

8. Utrpěl/a jste v posledních 10 letech úraz, který NEZANECHAL trvalý následek (například zlomenina, vymknutí kloubu, poranění svalu)?

◯ Ne ◯ Ano Uveďte část těla (včetně určení vpravo nebo vlevo), typ úrazu, kdy k němu došlo, dobu a způsob léčby.

9. Podstoupil/a jste v posledních 10 letech nebo je u Vás v současné době plánována či doporučena operace nebo jiný lékařský zákrok?

◯ Ne ◯ Ano Uveďte typ zákroku, kdy byl proveden a zda byl proveden v celkové anestézii.

10. Byl/a jste v posledních 10 letech v pracovní neschopnosti déle než 1 měsíc nebo jste v pracovní neschopnosti v současné době?

◯ Ne ◯ Ano Uveďte důvod pracovní neschopnosti a od kdy do kdy trvala.

11. Jsou nebo byly Vám předepsány nebo aplikovány lékařem léky?

◯ Ne ◯ Ano Uveďte názvy léků, dávkování a důvod jejich užívání.

12. Bylo některému z rodičů nebo sourozenců pojištěného diagnostikováno jakékoli nádorové onemocnění, cukrovka nebo srdeční infarkt před dosažením věku 60 let?

◯ Ne ◯ Ano Uveďte nemoc, komu a v jakém věku.

13. Bylo v posledních 3 letech pro pojištěného sjednáno nějaké komerční pojištění u jiné pojišťovny nebo se v současné době o uzavření takové pojistné smlouvy jedná?

◯ Ne ◯ Ano Uveďte název pojišťovny, měsíc a rok uzavření pojistné smlouvy.

14. Odmítla, odstoupila nebo vypověděla v posledních 3 letech nějaká komerční pojišťovna smlouvu pojištění osob sjednanou pro Vás?

◯ Ne ◯ Ano Uveďte název pojišťovny, druhy pojištění, měsíc, rok a důvod ukončení.

15. Trávíte volný čas aktivitami, které jsou obecně pokládány za nebezpečné?

◯ Ne ◯ Ano např. potápění, horolezectví, letectví, tzv. adrenalinové sporty apod. Pokud ano, uveďte o jaké se jedná a na jaké úrovni je provozujete

16. Plánujete v budoucnu cestovat do některé z rizikových zemí?

◯ Ne ◯ Ano např. Afghánistán, Dem. r. Kongo, Irák, Irán, Sýrie, Pákistán, Libye Pokud ano, uveďte o jakou zemi se jedná a důvod cesty

Bude sjednáno pojištění pro případ smrti?

◯ Ne ◯ Ano

Přejete si určit obmyšlenou osobu?

◯ Ne ◯ Vztahem ◯ Jménem

Není-li obmyšlená osoba stanovena, pak je pojistné plnění v plné výši vyplaceno dle občanského zákoníku: manželce/ovi, není-li, pak dětem, pokud ty nejsou, pak rodičům zesnulého a pokud ty nejsou, pak dědicům zesnulého

Rodinný vztah	Jméno a příjmení	Datum narození

Lékařské zprávy z posledních odborných vyšetření je doporučeno zaslat spoleřně s předběžným zdravotním dotazníkem