

# ANAMNÉZIS LAP

<input type="checkbox"/> ÁOK	<input type="checkbox"/> FOK	<input type="checkbox"/> GYTK	<input type="checkbox"/> ETK	<input type="checkbox"/> EKK	<input type="checkbox"/> PAK
------------------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

NÉV:	SZÜLETÉSI HELY:	SZÜLETÉSI IDŐ:
ANYJA NEVE:	LAKCÍM:	TELEFONSZÁM:
BALESET ESETÉN ÉRTESÍTENDŐ:		E-MAIL:

## Családi anamnézis

**Aláhúzással jelölje, hogy a következő betegségek közül melyek fordultak elő a családjában.**  
 cukorbetegség / magasvérnyomás / vérzékenység / sárgaság / alkoholizmus / TBC / asztma /  
 pszichiátriai betegség / daganatos megbetegedés  
 Amennyiben szükséges, kérjük, részletezze:

## Korábbi betegségek, kórházi ellátások

**Aláhúzással jelölje, hogy a következő betegségek közül szenved(ett)-e valamelyikben.**  
 májgyulladás / szifilisz / AIDS / herpesz / egyéb fertőző betegség / egyéb: .....

**Részesült-e korábban kórházi ellátásban?** (sebészeti beavatkozások, törések, stb) igen / nem  
 Amennyiben igen, kérjük, hogy sorolja fel a legfontosabb kórházi ellátásait a kórok és az időpont (év) megjelölésével.

<b>Dohányzás</b> (húzza alá): igen/nem ..... db cigaretta naponta	<b>Alkoholfogyasztás</b> (húzza alá): soha / havonta egyszer / hetente egyszer / hetente többször	<b>Fizikai aktivitás</b> (húzza alá): aktív / közepesen aktív / otthonülő
---	--	--

## Jelenlegi állapot

magasság: ..... cm	testsúly: ..... kg	vérnyomás: ...../..... Hgmm
--------------------	--------------------	-----------------------------

**Van-e bőrgyógyászati problémája?** (húzza alá) igen / nem  
 Amennyiben igen, kérjük, aláhúzással jelölje a probléma típusát:  
 gyulladás / ekcéma / pszoriázis / egyéb: .....

**Látás:** Visel-e szemüveget vagy kontaktlencsét? igen / nem  
 Más szemészeti problémája van-e?

**Hallás:** Van-e hallásromlása? jobb oldalon / bal oldalon  
 Visel-e hallókészüléket? jobb oldalon / bal oldalon

**Szed-e rendszeresen gyógyszert/gyógyszereket?** igen / nem (vényköteles, vagy nem vényköteles)  
 Amennyiben igen, kérjük, tüntesse fel a szedett gyógyszert/gyógyszereket.

## Krónikus betegségek

Igényel-e rendszeres orvosi ellátást valamilyen okból? (húzza alá) igen /nem  
 Amennyiben igen, kérjük, részletezze.

# ANAMNÉZIS LAP

**Van-e pszichés betegsége?** igen /nem

Amennyiben igen, kérjük, aláhúzással jelölje a probléma típusát:

gyakori sírás / szorongás / alvászavar / kimerültség / depresszió / más: .....

Volt-e már eszméletvesztéssel járó rosszulléte? igen /nem

Amennyiben igen, kérjük, részletezze.

**Allergiája van valamire?** igen /nem

Amennyiben igen, kérjük, aláhúzással jelölje az allergia típusát:

pollenre / gyógyszerekre / élelmiszere / másra: .....

Amennyiben gyógyszerérzékenysége van, kérjük, részletezze:

**Védőoltások** Kérjük, jelölje, ha a következő oltások közül valamelyiket megkapta

Hepatitis B (EngerixB, HBVaxII, HBVaxPro)	igen / nem /nem biztos benne	Időpont (év, hónap)
---	------------------------------	---------------------

Hepatitis A (Havrix, Vaqta, Avaxim)	igen / nem /nem biztos benne	Időpont (év, hónap)
-------------------------------------	------------------------------	---------------------

Kombinált vakcina (HepA és B, Twinrix)	igen / nem /nem biztos benne	Időpont (év, hónap)
--	------------------------------	---------------------

**Egyéb**

Kérjük, részletezze, amennyiben a fentiekén túlmenően az egészségi állapotával kapcsolatosan bármilyen egyéb tájékoztatást kíván adni.

Kijelentem, hogy minden, az általam ismert, egészségügyi állapotomra vonatkozó információt, adatot fentebb feltüntettem, és azok a valóságnak megfelelnek, továbbá az egyetemi tanulmányaim alatt fellépő fertőző, valamint súlyosabb nem fertőző betegségeimet a Foglalkozás-egészségügyi Szolgálatnál bejelentem.

Tudomásul veszem továbbá, hogy a Foglalkozás-egészségügyi Szolgálat a tudomására jutott egészségügyi adatokat az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény, továbbá a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet) szóló Európai Parlament és a Tanács 2016/679 rendelete (2016. április 27.) szigorú rendelkezéseinek megfelelően kezeli.

Budapest, 2020. .... . . .

aláírás