

ANAMNÉZIS LAP

☐ AOK	☐ FOK	☐ GYTK	☐ ETK	☐ EKK	☐ 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 / vérékenység / 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.		
Dohányzás (húzza alá): igen/nem db cigaretta naponta	Alkoholfogyasztás (húzza alá): soha / havonta egyszer / hetente egyszer / hetente többször	Fizikai aktivitás (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.		
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 rosszullete? igen / nem Amennyiben igen, kérjük, részletezze.		

ANAMNÉZIS LAP

Allergiája van valamire? igen /nem Amennyiben igen, kérjük, aláhúzással jelölje az allergia típusát: pollenre / gyógyszerekre / élelmiszerre / 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)
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 betegséget 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, 2022.

aláírás

Az Anamnézis lap a Debreceni Egyetem által használt és a Klinikai Központ Elnöke által 2018. július 18-án rendelkezésre bocsátott Medical History Questionnaire felhasználásával készült.