**Előzetes egészségi állapot felmérő adatlap**

**Dátum:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kitöltési útmutató** | Kérjük, hogy az egészségi állapotának minél pontosabb felméréséhez töltse ki az alábbi adatlapot **géppel**, majd a honlapon leírtaknak megfelelően **küldje el válasz emailben legkésőbb a tanácsadás előtti napon**. A kitöltéshez nincs szükség leletre/más dokumentumra, azt a célt szolgálja, hogy az Ön egészségi állapotának és életmódi sajátosságainak megfelelő, személyre szabott egészségtervet készíthessünk. Ennek megfelelően kérjük, hogy dokumentumot precízen töltse ki, ugyanis annak kitöltése a tanácsadás előfeltétele. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Páciens adatok** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Név** |  | | | | | | | | | | | | | **Születési dátum** | | | |  | | | | | |
| **Egyéni azonosító** |  | **Testmagasság** | | | | **cm** | | | | | **Státusz** | | FÉRFI | | | | NŐ | | | | | |
| **Életkor** |  | **Testtömeg:** | | | | **kg** | | | | | **Nem** | | HALLGATÓ | | | | DOLGOZÓ | | | | | |
| **2. Meglévő diagnosztizált betegségekre vonatkozó adatok** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 Krónikus betegsége vagy gondozást igénylő állapota: | | | | | | | | | | | | | | VAN | | | | NINCS | | | | | |
| 2.2 Amennyiben az előző pontban a „VAN” választ jelölte, kérjük jelölje be az alábbiak közül, mely betegségcsoportra vonatkozó krónikus betegsége vagy gondozást igénylő állapota van. „NINCS” válasz esetén lépjen tovább a következő pontra. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Magasvérnyomás-betegség** | | | | | | VAN | NINCS | | | **Gondozást igénylő agyi keringési betegség (TIA, stroke, stb.)** | | | | | | | | | | | VAN | NINCS |
| **Ischaemiás szívbetegség, lezajlott infarktus** | | | | | | VAN | NINCS | | | **Gondozást igénylő egyéb neurológiai betegség (epilepszia, szklerózis multiplex, stb.)** | | | | | | | | | | | VAN | NINCS |
| **Diabétesz** | | | | | | VAN | NINCS | | | **Krónikus vesebetegség** | | | | | | | | | | | VAN | NINCS |
| **Lipid-anyagcserezavar** | | | | | | VAN | NINCS | | | **Gondozást igénylő pszichiátriai betegség** | | | | | | | | | | | VAN | NINCS |
| **Krónikus légzőszervi betegség (COPD, asthma, stb.)** | | | | | | VAN | NINCS | | | **Gondozást igénylő gasztrointesztinális betegsége (Crohn betegség, colitis ulcerosa, májbetegek, stb)** | | | | | | | | | | | VAN | NINCS |
| **Gondozást igénylő endokrinológiai betegség** | | | | | | VAN | NINCS | | | **Gondozást igénylő fertőző betegség (TBC, HIV, HBV, HCV, stb.)** | | | | | | | | | | | VAN | NINCS |
| **Gondozást igénylő hematológiai betegség** | | | | | | VAN | NINCS | | | **Daganatos betegség** | | | | | | | | | | | VAN | NINCS |
| **Érzékszervi betegség (látás, hallás)** | | | | | | VAN | NINCS | | | **Krónikus mozgásszervi betegség** | | | | | | | | | | | VAN | NINCS |
| **Utógondozást igénylő baleseti sérülés** | | | | | | VAN | NINCS | | | **Egyéb, a felsoroltak között nem szereplő betegség** | | | | | | | | | | | VAN | NINCS |
| **3. Családban előforduló érdemi krónikus betegségek** | | | | | | | | | | | | | | VAN | | | | NINCS | | | | | |
| 3.1 Amennyiben az előző pontban a „VAN” választ jelölte, kérjük töltse ki az alábbi sorokat. „NINCS” válasz esetén lépjen tovább a következő pontra. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anya betegségei | | | | | | VAN | NINCS | | | Melyek ezek: | | | | | | | | | | | | |
| Apa betegségei | | | | | | VAN | NINCS | | | Melyek ezek: | | | | | | | | | | | | |
| Testvér(ek) betegségei | | | | | | VAN | NINCS | | | Melyek ezek: | | | | | | | | | | | | |
| **4. További előzmények**  Tegyen X – et azon állítások mögé, melyek az Ön esetében fennállnak. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Állandó gyógyszerszedés | | | | Amennyiben van, ezek köre, illetve a szedés gyakorisága: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gyógyszer allergia | | | | Amennyiben van, mely gyógyszerekre, hatóanyagokra: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Egyéb allergia (ételallergiai is) | | | | Amennyiben van, melyek ezek: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Friss laboreredmény | | | | Utolsó vérvétel és vizeletvizsgálat időpontja: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Érérülések, műtétek | | | | Sérülések:  Műtétek: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. Táplálkozással kapcsolatos kérdések röviden**  Jelölje be, mely állítás megfelelő Önre az alábbiak közül? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Milyen gyakran fogyaszt zöldséget vagy gyümölcsöt? | | | | | | | | Minden nap | | | | | | | Nem minden nap | | | Nem tudom | | | | | |
| Hányszor étkezik naponta? | | | | | | | | * 1 alkalommal * 2 alkalommal * 3 alkalommal * 4 alkalommal * 5 alkalommal * több, mint 5 alkalommal * nem tudom | | | | | | | | | | | | | | | |
| Naponta mennyi folyadékot fogyaszt? (például: víz, ásványvíz, tea, leves – az alkoholt vagy energiaitalt ne számítsa bele!) | | | | | | | | * kevesebb, mint 0,5 l * 0,5 l - 1 l * 1 l - 1,5 l * 1,5 l - 2 l * 2 l - 2,5 l * 2,5 l és 3 l között * több, mint 3 l * nem tudom | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tart jelenleg diétát? | | | | IGEN | NEM | | | Amennyiben diétát tart, annak jellege: | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. Fizikai aktivitással kapcsolatos kérdések röviden** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Milyen típusú munkát végez?** (ülő, irodai, fizikai munka stb) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Mennyi időt tölt Ön ülve egy átlagos napon?** (Ez magába foglalja azt az időt, amikor íróasztal mellett ül, ~~vagy meglátogatja a barátait és velük üldögél~~, esetleg tanul, vagy tévézik) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Milyen sportágakat űzött?** (hobbi szinten és/vagy versenyszerűen egyaránt) | | | | | | | | | | | | Sportág(ak) | | | | Időtartam | | | Milyen szinten | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | |
| **6.1 Végez Ön jelenleg bármilyen típusú testmozgást/fizikai aktivitást?** | | | | | | | | | | | | IGEN | | NEM | | *Amennyiben a válasz IGEN, kérjük válaszolja meg az alábbi kérdéseket!* | | | | | | | |
| Hány alkalommal végez testmozgást / fizikai aktivitást egy héten? | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Egy nap átlagosan mennyi időt tölt testmozgással / fizikai aktivitással? | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Milyen típusú sportmozgást / edzést végez? (pl.: futás, úszás, aerobik, spinning, erősítő edzés) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **6.2 Rendelkezik már fittségi teszt eredménnyel a Semmelweis Testnevelési és Sportközpont állapotfelmérését követően** | | | | | | | | | | | | | | | | IGEN | | | | NEM | | | |
| **Mérés időpontja:** | |  | | | | | | | | | | **Mérés eredménye:** | | | |  | | | | | | | |
| **7. Dohányzás** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dohányzik jelenleg?** | | | **IGEN** | | | **NEM** | | | Amennyiben a válasz IGEN, mióta dohányzik és átlagosan naponta hány szálat szív? | | | | | | | | | | | | | |
| **8. Alkoholfogyasztás** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Szokott fogyasztani alkohol tartalmú italt?** | | **IGEN** | | | | **NEM** | | | Amennyiben a válasz IGEN, melyik gyakoriság a legjellemzőbb Önre?   * Négyszer vagy többször egy héten * Kétszer vagy háromszor egy héten * Kétszer vagy háromszor egy hónapban * Kétszer vagy négyszer egy hónapban * Havonta vagy kevesebbszer | | | | | | | | | | | | | |