**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
 |