

Beteg nevének kezdőbetűi  
(vezetéknév/keresztnev):

Ragasszon ide  
egy Beteg kódot tartalmazó  
címkét!

Általános adatokat tartalmazó

## Kérdőív vizsgálati személyek számára

A dokumentum a **Nemzeti Bionika Program, Nemzeti Egészségtárház kialakítása című projekt** része.

A Projekt során egy olyan egészséges idős egyén regisztert hozunk létre, amely egészségügyi, genetikai adatokat, és a hozzá tartozó biológiai mintákat tartalmazza. A vizsgálat keretében létrejövő Egészségtárházban tárolt genetikai információk a kutatók számára fontos infrastruktúrát biztosítanak azzal, hogy a hazai népességre jellegzetes genetikai változatok azonosítását lehetővé teszik, így azok elkülöníthetőek lesznek a betegséggel, gyógyszerhatással összefüggő genetikai változatoktól. Másrésztől információt kapunk a szakirodalomban közölt egészséges élettartammal összefüggést mutató genetikai változatok hazai vonatkozásairól, melyek támogatják az egészséges élet minél hosszabb ideig való megtartását célzó kutatásokat.

A regiszterben szereplő adatokhoz csak minősített, ellenőrzött kutatók férhetnek hozzá. A biológiai mintákat és az adatokat név nélkül tároljuk, kódszámmal lesz lehetséges a minták azonosítása a későbbiekben. Az azonosításhoz szükséges kódot elzárt helyen tartjuk és csakis az arra jogosult személy férhet hozzá azon esetben, ha orvosi okok miatt az egyén azonosítása szükséges lenne. A projektben név nélkül fogunk az adatokkal dolgozni.

ÁLTALÁNOS ADATOK		
Kérdőív kitöltésének időpontja		
Születés időpontja		
Neme	<input type="checkbox"/> férfi	<input type="checkbox"/> nő
Etnikum	<input type="checkbox"/> kaukázusi fehér <input type="checkbox"/> afroamerikai/fekete <input type="checkbox"/> ázsiai	<input type="checkbox"/> kaukázusi roma <input type="checkbox"/> hispán/latin <input type="checkbox"/> kevert rassz
Testsúly		kg
Testmagasság		cm
Haskörfogat		cm
Családi állapota	<input type="checkbox"/> házas, házastársával együtt él <input type="checkbox"/> élettársi kapcsolatban él <input type="checkbox"/> özvegy	<input type="checkbox"/> nőtlen/hajadon/egyedülálló <input type="checkbox"/> házas, házastársával nem él együtt <input type="checkbox"/> elvált
Gyermekeinek száma		gyermek
Testvéreinek száma		testvér
Legmagasabb iskolai végzettsége	<input type="checkbox"/> kevesebb, mint 8 osztály <input type="checkbox"/> szakmunkásképző <input type="checkbox"/> gimnáziumi érettségi	<input type="checkbox"/> befejezett 8 osztály <input type="checkbox"/> szakközépiskolai érettségi <input type="checkbox"/> főiskolai v. egyetemi diploma
Édesapja iskolai végzettsége	<input type="checkbox"/> kevesebb, mint 8 osztály <input type="checkbox"/> szakmunkásképző <input type="checkbox"/> gimnáziumi érettségi	<input type="checkbox"/> befejezett 8 osztály <input type="checkbox"/> szakközépiskolai érettségi <input type="checkbox"/> főiskolai v. egyetemi diploma
Édesanyja iskolai végzettsége	<input type="checkbox"/> kevesebb, mint 8 osztály <input type="checkbox"/> szakmunkásképző <input type="checkbox"/> gimnáziumi érettségi	<input type="checkbox"/> befejezett 8 osztály <input type="checkbox"/> szakközépiskolai érettségi <input type="checkbox"/> főiskolai v. egyetemi diploma
Lakóhely típusa	<input type="checkbox"/> főváros <input type="checkbox"/> kisváros <input type="checkbox"/> tanya	<input type="checkbox"/> nagyváros, megyeszékhely <input type="checkbox"/> község, falu
Jelenlegi lakóhelyének jellege	<input type="checkbox"/> hagyományos, többemeletes városias épület <input type="checkbox"/> lakótelep (panelház) <input type="checkbox"/> városi modern lakópark <input type="checkbox"/> társasház, villanegyed <input type="checkbox"/> kertes ház <input type="checkbox"/> ház mezőgazdasági épületekkel <input type="checkbox"/> külterületi lakás (pl. tanya) <input type="checkbox"/> ipari negyedben lévő, vagy szükséglakás <input type="checkbox"/> nem lakás céljára épült épület, lakás	
Lakószobák száma jelenlegi lakásában		lakószoba
Önnel együtt hányan élnek egy lakásban?		személy
Kivel (kikkel) él egy háztartásban?	<input type="checkbox"/> szülő <input type="checkbox"/> házastárs/Élettárs <input type="checkbox"/> gyermek <input type="checkbox"/> mással	<input type="checkbox"/> testvér <input type="checkbox"/> gyermek <input type="checkbox"/> gondozó otthonban él

Amennyiben jelenleg aktív dolgozó vagy munkanélküli, melyik kategóriába esik?	<input type="checkbox"/> közalkalmazott <input type="checkbox"/> vállalkozó <input type="checkbox"/> munkanélküli	<input type="checkbox"/> alkalmazott <input type="checkbox"/> alkalmi munkás
Amennyiben jelenleg nem aktív dolgozó, mely kategóriába esik?	<input type="checkbox"/> nyugdíjas <input type="checkbox"/> tanuló <input type="checkbox"/> GYES, GYED <input type="checkbox"/> egyéb	<input type="checkbox"/> rokkantnyugdíjas <input type="checkbox"/> háztartásbeli <input type="checkbox"/> eltartott
Foglalkozása		
Milyen jellegű munkát végez vagy végzett?	<input type="checkbox"/> nincs foglalkozása, soha nem dolgozott <input type="checkbox"/> segédmunkás, betanított munkás <input type="checkbox"/> szakmunkás <input type="checkbox"/> szakalkalmazott <input type="checkbox"/> ügyviteli dolgozó <input type="checkbox"/> nem diplomás vezetői, irányítói munka <input type="checkbox"/> diplomás <input type="checkbox"/> diplomás vezető	
Van-e otthon személyi számítógépe?	<input type="checkbox"/> van	<input type="checkbox"/> nincs
Van-e otthon internet-hozzáférése?	<input type="checkbox"/> van	<input type="checkbox"/> nincs
Milyen gyakran használja a számítógépet?	<input type="checkbox"/> soha <input type="checkbox"/> csak különleges alkalmakkor <input type="checkbox"/> havonta többször <input type="checkbox"/> hetente többször <input type="checkbox"/> naponta	
Milyen gyakran használja az internetet?	<input type="checkbox"/> soha <input type="checkbox"/> csak különleges alkalmakkor <input type="checkbox"/> havonta többször <input type="checkbox"/> hetente többször <input type="checkbox"/> naponta	
Országos viszonylatban milyennek tartja családjának anyagi helyzetét egy 0 és 10 közötti skálán? (0-nagyon rossz, 10-nagyon jó)		
Érzi-e úgy, hogy olyan kevés a jövedelme, hogy az élethez alapvetően szükséges cikkeket sem tudja megvásárolni?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Hogy érez Ön testsúlyváltozásában?	<input type="checkbox"/> nagyon túlsúlyos <input type="checkbox"/> megfelelő testsúlyú	<input type="checkbox"/> kicsit túlsúlyos <input type="checkbox"/> sovány
Milyen gyakran sportol? (pl. úszás, futás, kerékpár, labdarúgás, aerobic, stb.)	<input type="checkbox"/> soha <input type="checkbox"/> ritkábban, mint havonta <input type="checkbox"/> hetente egyszer <input type="checkbox"/> naponta	
	<input type="checkbox"/> rendszertelenül <input type="checkbox"/> havonta egyszer <input type="checkbox"/> hetente többször	

Hosszabb ideig sportolt valamit?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> Ha igen, mit: ..... <input type="checkbox"/> Mennyi ideig: ..... <input type="checkbox"/> Milyen rendszerességgel: ..... <input type="checkbox"/> Hány éve hagyta abba: .....
Saját kortársaihoz hasonlítva hogyan minősíti saját egészségi állapotát?	<input type="checkbox"/> sokkal rosszabb <input type="checkbox"/> rosszabb <input type="checkbox"/> ugyanolyan <input type="checkbox"/> jobb <input type="checkbox"/> sokkal jobb
Ha jelenleg/korábban dohányzott kérjük írja be:	.....évig, naponta.....szálat
<b>AZ ALÁBBI BETEGSÉGEK JELEN VANNAK-E ÖNNÉL VAGY KORÁBBAN ELŐFORDULTAK?</b>	
Magas vérnyomás	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Ischaemias szívbetegség (koszorúérbetegség, szívelégtelenség, stent műtét, bypass műtét)	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Szívinfarktus	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Aorta vagy agyi aneurysma	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Mélyvénás thrombosis, tüdőembolia	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Diabetes mellitus (cukorbetegség)	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Stroke/ TIA/ agyérögörcs/ agyvérzés	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Magas vérzsír értékek	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Krónikus vesebetegség, veseelégtelenség	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Immunológiai betegségek: sokizületi gyulladás/rheumatoid arthritis/ systemas lupus erythematosus vagy más kötőszöveti gyulladásos betegség	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Gyulladásos bélbetegség: colitis ulcerosa/Chron betegség	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Sclerosis multiplex	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Parkinson-kór	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Alzheimer-kór	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Dementia/elbutulás	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Epilepsia	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Fejsérülés	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Egyéb idegrendszeri betegség	<input type="checkbox"/> igen Kérjük pontosítsa:  <input type="checkbox"/> nem
Hormonális betegség	<input type="checkbox"/> igen Kérjük pontosítsa:  <input type="checkbox"/> nem
Hyperthyreosis	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem

Hypothyreosis	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	
Depresszió	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	
Schizophrenia	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	
Születési rendellenesség	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	
Krónikus tüdőbetegség	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	
Tumoros betegség	<input type="checkbox"/> igen Amennyiben igen, kérem pontosítsa milyen tumor:  <input type="checkbox"/> nem	
Egyéb, kérem határozza meg:		

#### GYÓGYSZEREK

Ha Ön szed gyógyszereket, kérem sorolja fel, melyeket.  
A vitaminokat is sorolja fel!

#### HOZZÁTARTOZÓKRA VONATKOZÓ KÉRDÉSEK

Édesapja egészségi állapota	<input type="checkbox"/> Mikor született:..... <input type="checkbox"/> Ha elhunyt, hány évesen hunyt el:..... <input type="checkbox"/> Ha elhunyt, halálának oka:..... <input type="checkbox"/> Milyen betegségben szenvedett:.....
Édesanyja egészségi állapota	<input type="checkbox"/> Mikor született:..... <input type="checkbox"/> Ha elhunyt, hány évesen hunyt el:..... <input type="checkbox"/> Ha elhunyt, halálának oka:..... <input type="checkbox"/> Milyen betegségben szenvedett:.....
Igaz-e Önre az alábbi állítás: Ön, illetve mindkét ágon szülei és nagyszülei a történelmi Magyarország területén születtek?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Nem tudom

Volt e olyan közeli rokona, akinek súlyos betegsége volt

Ha igen, akkor milyen rokonsági viszonyban voltak (testvér, unokatestvér, nagynéni, nagybácsi, nagyszülő- azt is adja meg, hogy apai vagy anyai ági rokon volt:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Mi volt a betegsége :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Ha több rokonnak is volt súlyos betegsége, mindenkit soroljon fel!**