

Kérdőív az általános egészségi állapot felméréséhez

Páciens neve:..... Születési dátum:.....

Lakcím:.....

Telefonszám:..... TAJ szám:.....

Kedves Páciensünk!

A biztonságos és eredményes kezeléshez fontos, hogy egészségi állapotáról pontos képet kapjunk. Bármilyen információ elhallgatása súlyosan befolyásolhatja egészségét. Kérjük figyelmesen olvassa el a feltett kérdéseket és **MINDEGYIKRE VÁLASZOLJON!!!** Adatait személyiségi jogainak tiszteletben tartásával, és az orvosi titoktartás rendje szerint kezeljük. A kezelés folyamán bekövetkezett változásokról értesítse kezelőorvosát.

Miért kereste most fel a rendelőt?.....

Van-e akut panasza? Igen Nem

--	--

Milyen gyógyszereket?
 antibiotikum Igen Nem
 vérnyomáscsökkentő

--	--

 gyógyszer szívbetegségre

--	--

 véralvadásgátló

--	--

 gyógyszer cukorbetegségre

--	--

 nyugtató, altató

--	--

 szteroid (pl. prednisolon)

--	--

 gyógyszer epilepsiára

--	--

 gyógyszer csontritkulásra

--	--

 gyógyszer daganatos betegségre

--	--

A szedett gyógyszer(ek)neve(i):.....

Hajlamos-e ájulásra? Igen Nem

--	--

 Visel-e szívritmus szabályozót (pacemaker) ?

--	--

 Allergiás-e valamire?

--	--

 Ha igen, mire?
 gyógyszer:.....
 egyéb:.....

Volt/Van-e máj-epe panasza? Volt Van Nincs

--	--	--

 Volt/Van-e sárgasága?

--	--	--

 Volt/Van-e daganatos betegsége?

--	--	--

Van-e valamilyen betegsége?
 szív- és érrendszeri betegség Van Nincs
 (pl.:infarktusz, ritmuszavar, szívelégtelenség, stroke)

--	--

 cukorbetegség

--	--

 vérképzőrendszeri betegség

--	--

 (pl.:vérzékenység, leukémia)
 immunhiánnyal járó betegség

--	--

 pajzsmirigyet érintő betegség

--	--

 tüdőbetegség (pl.:asztma, TBC, COPD)

--	--

 fertőző betegség (pl.:HIV, hepatitis, TBC,)

--	--

 emésztőrendszeri betegség (pl.:reflux)

--	--

 vesebetegség

--	--

 idegrendszeri betegség (pl.:epilepszia)

--	--

 mozgásszervi betegség

--	--

 (pl.:csontritkulás, reuma, csontdaganat)
 autoimmun betegség(pl.:lupus, Sjögren)

--	--

 pszichiátriai betegség(pl.:pánik, depresszió)

--	--

 egyéb :

--	--

Fogyaszt-e rendszeresen alkoholt? Igen Nem

--	--

 Fogyaszt-e drogokat?

--	--

 Dohányzik?

--	--

 Használ e-cigarettát?

--	--

Kapott-e vérátömlesztést és mikor (év)?..... Igen Nem

--	--

 Terhes-e/szoptat-e jelenleg?

--	--

 Kap-e valamilyen kezelést jelenleg?
 (pl.:dialízis, sugárterápia, kemoterápia, egyéb)

--	--

 Van-e implantátuma?

--	--

 (pl.:szerv, mesterséges ízület)

--	--

 Előfordul-e epilepsziás rohama?

--	--

 Előfordul-e hipoglikémiás roszulléte?

--	--

Korábbi műtétek: Igen Nem

--	--

--	--

--	--

Korábbi fogorvosi kezelés, érzéstelenítés kapcsán volt-e roszulléte vagy felmerült-e más probléma?
 Ha igen, mi?..... Igen Nem

--	--

Egészségét érintő egyéb fontos adat:.....

Kijelentem, hogy az egészségi állapotommal kapcsolatosan megadott információk megfelelnek a valóságnak. Igen Nem

--	--

.....
 dátum

.....
 páciens aláírása

.....
 hallgató olvasható aláírása

.....
 orvos olvasható aláírása és pecsétszám