ANAMNÉZIS LAP

☐ ÁOK	☐ 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 / vérzékenység / 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.

ANAMNÉZIS LAP

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 rosszulléte? igen /nem Amennyiben igen, kérjük, részletezze.
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 fentieken 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 betegségemet 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 megfelelve kezeli.

Budapest, 2022. ……. . .

_____

aláírás