

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):

alá):
aktív /
közepesen aktív /
otthonülő

Jelenlegi állapot

magasság.....cm

testsúlykg

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

ANAMNÉZIS LAP

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.

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 fentiekén 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

ANAMNÉZIS LAP

az egyetemi tanulmányaim alatt fellépő fertőző, valamint súlyosabb nem fertőző betegséget 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 megfelelően kezeli.

Budapest, 2025.

aláírás