**Dotazník pacienta, který projevil zájem o registraci u praktického lékaře**

**Údaje uvedené v tomto dotazníku podléhají lékařskému tajemství a všem předpisům na ochranu osobních údajů. Nesmí a nebudou sdělovány třetím osobám.  
Jedná se o velmi důležitý podklad pro Vaši anamnézu a případnou léčbu, proto vyplňte dotazník svědomitě, odpovědi případně rozveďte.**

Jméno, příjmení, titul žadatele: ………………………………………………………….………..

Adresa trvalého pobytu: …………………………………………………………………………………………….…….…

Telefon: ……………………………………………. e-mail: …………………………………………………………………..

Rodné číslo: ………………………………………………...

Zdravotní pojišťovna: …………………………………………………….…………………………………………………….

Dosavadní praktický lékař : …………………………………………..……………………………………………………..

Adresa:………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Váš zdravotní stav v minulosti i nyní:**

* Vysoký krevní tlak **ano – ne**
* Ischemická choroba srdeční, angina pectoris **ano – ne**
* Infarkt myokardu, mozková mrtvice **ano – ne**
* Nádorová onemocnění („rakovina“) **ano – ne**
* Cukrovka **ano – ne**
* Průduškové astma **ano – ne**
* Plicní embolie, trombóza **ano – ne**
* Epilepsie **ano – ne**
* Alergie **ano – ne** , pokud ano, na co:
* Poruchy imunity **ano – ne**
* Léčba štítné žlázy **ano – ne**
* Duševní onemocnění **ano – ne**
* Kouření **ano – ne** , pokud ano, kolik a od kolika let:   
  Pokud jste bývalý kuřák – kolik jste kouřil(a) , jak dlouho a od kdy nekouříte
* Alkohol **ano – ne**
* Drogy **ano – ne**
* Nízká pohybová aktivita (nesportuji vůbec nebo zřídka) **ano – ne**
* Záchvaty dušnosti, kašle **ano – ne**
* Křeče v lýtkách, bolesti na hrudi, dušnost, otoky nohou, sexuální problémy **ano – ne**
* Implantáty v těle (kyčel, koleno, kovový materiál) **ano – ne**
* Hubnutí, průjem, zácpa, krev ve stolici, v moči, obtížné močení **ano – ne**
* Trvající kašel, krvácení, rostoucí a krvácející znaménka na kůži a sliznici **ano – ne**
* Prodělané úrazy, operace **ano – ne**
* Dlouhodobá pracovní neschopnost **ano – ne**
* Snížení či omezení pracovní způsobilosti k práci, invalidní důchod **ano – ne**
* Sledování v odborných ambulancích (např.: diabetologie, urologie, interna, psychologie, kardiologie, neurologie, plicní, ortopedie, … ) **ano – ne**,pokud ano v jaké:
* Jiné nemoci **ano – ne**
* Pravidelně užívám léky **ano – ne**, pokud ano jaké:

**Informace o Vašich přímých příbuzných (rodiče, sourozenci, děti):**

* Vysoký krevní tlak **ano – ne**
* Ischemická choroba srdeční, angina pectoris **ano – ne**
* Infarkt myokardu, mozková mrtvice **ano – ne**
* Nádorová onemocnění („rakovina“) **ano – ne**
* Cukrovka **ano – ne**
* Průduškové astma **ano – ne**
* Plicní embolie, trombóza cév dolních končetin **ano – ne**
* Epilepsie **ano – ne**
* Duševní onemocnění a sebevraždy **ano – ne**
* Jiné závažné nemoci v rodině **ano – ne**

**Souhlasím se zasíláním sdělení**

* Telefonický kontakt, sms, email

**Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl úplně a pravdivě**

dne ………………………. …………………………………………………….

podpis pacienta