ÁLLAPOTFELMÉRŐ LAP

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |

| NÉV: | RENDELÉS AZONOSÍTÓ SZÁMA: | SZÜLETÉSI IDŐ: |
| --- | --- | --- |
| Akut panaszok: |  | TELEFONSZÁM: |
| Kérem küldje el a kitöltött adatlapot a vidric@msn.com címre. Köszönöm! | | 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** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Egyéb** | | |
| Kérjük, részletezze, amennyiben a fentieken túlmenően az egészségi állapotával kapcsolatosan bármilyen egyéb tájékoztatást kíván adni. (műtétek, COVID+oltások, balesetek stb.) | | |

Az 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.