

VPRAŠALNIK ZA PREDHODNI/OBDOBNI PREGLED

Datum: _____

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____

Telefonska številka: _____ e-mail: _____

1. Ali ste služili vojsko? da/ne
2. Ali imate vozniški izpit? da/ne kategorije: _____
3. Zakonski stan: _____
4. Število otrok: nepreskrbljenih: _____, odraslih: _____
5. Ali ste že bili predstavljeni na invalidski komisiji? _____
6. Kako pogosto ste v bolniškem staležu? _____/leto
7. Ali ste že imeli poškodbo pri delu? _____
8. Ali se ukvarjate z rekreacijo? ne/občasno/redno (2 do 3x/teden)
S katere vrste rekreacijo se ukvarjate? _____
9. Ali pijete kavo (kofein)? ne/občasno/eno na dan/dve ali več na dan
10. Kajenje:
 - a. nekadilec
 - b. bivši kadilec; kadil _____ let po _____ cigaret/dan; ne kadim več _____ let
 - c. kadilec; kadim _____ let po _____ cigaret/dan
Ali opažate jutranji kašelj? da/ne/občasno
Ali opažate jutranji izpljunek? da/ne/občasno
11. Alkohol

Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili alkoholne pijače?	nikoli	1x na mesec ali manj	2 do 4x na mesec	2 do 3x na teden	4 ali večkrat na teden
Koliko meric alkohola ste popili ob <i>eni priložnosti</i> ? (1 merica = 1 dcl vina ali 2,5 dcl piva ali 0,3 dcl žgane pijače)	nič ali 1 merico	2 merici	3 ali 4 merice	5 ali 6 meric	več kot 7 meric
Kako pogosto se vam je zgodilo, da ste popili moški 6 ali več meric, ženske 4 ali več meric ob <i>eni priložnosti</i> ?	nikoli	manj kot 1x na mesec	1 do 3x na mesec	1 do 3x na teden	vsak dan ali skoraj vsak dan

DRUŽINSKA ANAMNEZA

Ali je kdo od vaših ožjih sorodnikov imel katero od kroničnih bolezni? (sladkorna bolezen, visok krvni tlak, možganska kap, infarkt, rak, bolezni ščitnice, astma, druge kronične bolezni)

Kdo od sorodnikov, katera bolezen? _____

OSEBNA ANAMNEZA

Ali redno jemljete kakšna zdravila?	da	ne
Ali ste bili kdaj zdravljeni v bolnišnici?	da	ne
Ali ste bili kdaj operirani? Zaradi česa?	da	ne
Ali imate alergijo?	da	ne
Ali imate težave z dihali (dolgotrajen kašelj, kratka sapa, piskanje, dušenje)?	da	ne
Ali imate težave s prebavo?	da	ne
Ali ste kdaj imeli raka?	da	ne
Ali ste kdaj imeli/imate boleče ali otekle sklepe?	da	ne
Ali ste kdaj imeli/imate težave s srcem in obtočili (visok krvni tlak, motnje ritma, bolečine v prsnem košu, infarkt)?	da	ne
Ali imate težave s kožo?	da	ne
Ali imate pogoste glavobole?	da	ne
Ali ste imeli kdaj izgube zavesti?	da	ne
Ali ste pogosto razdražljivi, nervozni?	da	ne
Ali imate težave s koncentracijo in spominom?	da	ne
Ali imate vrtoglavice?	da	ne
Ali ste prekomerno zaspani?	da	ne
Ali opažate mravljinčenje po rokah, nogah ali drugje po telesu?	da	ne
Ali se počutite kronično utrujeni in oslabei?	da	ne
Ali imate težave z očmi/z vidom?	da	ne
Ali nosite očala/kontaktne leče?	da	ne
Ali imate težave s sluhom?	da	ne
Ali se pogosto poškodujete?	da	ne
Ali ste imeli poškodbe, ki so pustile posledice?	da	ne
Ali imate težave s hrbtenico?	da	ne
Ali imate težave s ščitnico?	da	ne
Ali se katera od naštetih težav pojavlja na delovnem mestu?	da	ne
Ali imate težave, ki zgoraj niso opisane?	da	ne
Se počutite zdravi?	da	ne

ŽENSKE

1. Prva menstruacija (starost): _____
2. Število porodov: _____
3. Število splavov: _____
4. Hormonska kontracepcija: _____
5. Zadnja menstruacija: _____
6. Menstruacije so: redne/neredne boleče/neboleče

S podpisom potrjujem, da so zgoraj navedeni podatki resnični.

Podpis: _____

IZJAVA

Podpisani _____ dovoljujem vpogled v zdravstveno dokumentacijo, ki jo vodi moj izbrani osebni zdravnik.

Podpis: _____