

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny Nemocnice Na Homolce

Příjmení a jméno, titul:	PID
Rodné č.:	
Povolání: Pracovní neschopnost <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Tel.: Výška (cm): Váha (kg): E-mail:	

Prosíme o vyplnění následujících údajů (do zaškrtněte X, dopište do volného místa zde či druhé straně):

Kardiostimulátor	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Krvácivé stavy, užívání léků na ředění krve. Uveďte:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Nádorová onemocnění. Uveďte:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Kovová tělesa v těle. Jaká a kde:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Onemocnění endokrinní: štítné žlázy, nadledvin, hypotalamu, hypofýzy (podvěsek mozkový), slinivky břišní (cukrovka)... Uveďte:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Neurologické choroby (cévní mozková příhoda, roztroušená skleróza, myastenien, epilepsie,...). Uveďte:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Pro ženy: Datum posledních menses: Jste těhotná?	<input type="checkbox"/> nevím <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Onemocnění srdce (výduť, srdeční vada, ischemická choroba, porucha rytmu) Uveďte:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Vysoký krevní tlak	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Onemocnění cév (ischemická choroba dolních končetin, žilní zánět, bércový vřed, varixy, trombóza, ...). Uveďte:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Onemocnění dýchacího systému. Uveďte:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Onemocnění revmatologická. Uveďte:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Onemocnění zažívacího traktu (jater, slinivky, vředová choroba, ulcerózní kolitis...) Uveďte:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Glaukom (zelený zákal)	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Kožní onemocnění (ekzém, útvary na kůži...). Uveďte:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Psychiatrická onemocnění. Uveďte:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Úrazy, operace. Uveďte jaké operace a kdy:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Užíváte léky? Jaké:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Jiná onemocnění. Uveďte:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Máte alergii? Uveďte (zejména na léky!):	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

Pokračujte, prosím, ve vyplnění dotazníku na druhé straně → → →

Prosíme o uvedení údajů souvisejících s Vaší návštěvou oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny:

Jaký je důvod, cíl Vaší návštěvy?	
Obtíže mám	<input type="checkbox"/> po úrazu (uved'te) : _____ <input type="checkbox"/> po operaci (uved'te): _____ <input type="checkbox"/> jiné příčiny (uved'te): _____
Doba trvání obtíží	<input type="checkbox"/> 1–7 dní <input type="checkbox"/> 1–3 týdny <input type="checkbox"/> 3–9 týdnů <input type="checkbox"/> 2–3 měsíce <input type="checkbox"/> 3–7 měsíců <input type="checkbox"/> 7–12 měsíců <input type="checkbox"/> déle – uved'te jak dlouho: _____
Čeho bych rehabilitací rád/a dosáhl/a?	

Probíhá-li léčba onemocnění mimo NNH, prosím, doneste kopie lékařských zpráv k vyšetření rehabilitačním lékařem!

Současná úroveň bolesti - vyberte číslo na stupnici, které nejlépe odpovídá intenzitě Vaší bolesti:

žádná bolest						nejvýše možná bolest					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

V jaké činnosti Vás zdravotní postižení / bolesti nejvíce omezují:

U úrazů a operací pohybového systému uved'te omezení vyslovená jiným specialistou (ortopedem...)

Např. po operacích na dolních končetinách uved'te stupeň povoleného zatížení operované končetiny ve stoji (v %, nebo v kg apod.), rozsah povoleného pohybu v postiženém kloubu...

Prostor pro doplňující údaje:

Poučení pacienta Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny.

Podpisem tohoto formuláře potvrzují správnost uvedených údajů a zavazují se postupovat podle Poučení pacienta Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny. Poučení je dostupné v recepci oddělení a každý pacient má povinnost se s ním seznámit a postupovat podle uvedených pokynů. Při nedodržení těchto pokynů mohou být Vaše rezervované termíny procedur z kapacitních důvodů uvolněny pro jiné pacienty.

V Praze dne: Podpis pacienta: