

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./E-mail:	Výška (cm): Váha (kg):

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

Kardiostimulátor ano ne

Krvácivé stavy, užívání léků na ředění krve. Uvedte: ano ne

Nádorová onemocnění. Uvedte: ano ne

Kovová tělesa v těle. Jaká a kde: ano ne

Onemocnění endokrinologická: štítné žlázy, nadledvin, hypotalamu, hypofýzy (podvěsek mozkový), slinivky břišní (cukrovka)... Uvedte: ano ne

Neurologické choroby (cévní mozková příhoda, roztroušená skleróza, myastenie, epilepsie,...). Uvedte: ano ne

Pro ženy: Datum posledních menses: Jste těhotná? nevím ano ne

Onemocnění srdce (výduť, srdeční vada, ischemická choroba, porucha rytmu) ano ne

Uvedte:

Vysoký krevní tlak ano ne

Onemocnění cév (ischemická choroba dolních končetin, žilní zánět, bércový vřed, varixy, trombóza, ...). Uvedte: ano ne

Onemocnění dýchacího systému. Uvedte: ano ne

Onemocnění revmatologická. Uvedte: ano ne

Onemocnění zažívacího traktu (jater, slinivky, vředová choroba, ulcerózní kolitis...) Uvedte: ano ne

Glaukom (zelený zákal) ano ne

Kožní onemocnění (ekzém, útvary na kůži...). Uvedte: ano ne

Psychiatrická onemocnění. Uvedte: ano ne

Úrazy, operace. Uvedte jaké operace a kdy: ano ne

Užíváte léky? Jaké: ano ne

Jiná onemocnění. Uvedte: ano ne

Máte alergii? Uvedte (zejména na léky!): ano 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, k vyšetření rehabilitačním lékařem, prosím, doneste lékařské zprávy!

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:

Datum vyplnění: Podpis pacienta /potvrzuje pravdivost a úplnost údajů/

Pojištění pacienta u komerční pojišťovny.

V případě, že komerční pojišťovna bude od ošetřujícího rehabilitačního lékaře žádat informace o charakteru onemocnění, léčby a léčebném plánu podpisem vyjadřuji svůj souhlas s poskytnutím těchto informací.

V Praze dne: Podpis pacienta: