

Űrlap
Anamnézis kérdőív

Achten Sie auf Ihre Gesundheit - Wir tun es auch

RADIOVLOG

MVZ Stadtgraben 1 Straubing

Rev: 02 / Stand: 05.05.2020 (DT 05.05.2020)

Vezetéknév:		
Keresztnév:		
Lakcím, Utca:		
Település:		
Születési dátum:		
Születési hely:		
Telefonszám:		

Allergia:

Ismert Önnél allergia, gyógyszerérzékenység? Igen Nem

Amennyiben igen:

Gyógyszer Élelmiszer Kosmetikum Fém Egyéb

Pontosan milyen anyag ellen?

Kórtörténet:

Mikor és milyen műtét(ek) történtek Önnél?

Milyen krónikus betegségben szenved?

Cukorbetegség

Magasvérnyomás

Magas koleszterin szint

Pajzsmirigy betegség

Továbbiak:

Milyen gyógyszereket szed rendszeresen? Beleértve a szakorvos által elrendeltek!

Speciális szakorvosi kezelések:

Alapadatok:

Testmagasság: _____ cm

Testsúly: _____ kg

kérem fordítson

Risikófaktorok:

Dohányzik? Igen Nem, ha igen, mennyit? _____

Fogyaszt alkoholt? Igen Nem, ha igen mennyit? _____

Szed Markumar nevű gyógyszert vagy egyéb véralvadásgátlót? _____

Van beültetett Szívritmus szabályzója (Pacemaker, Defibrillátor)? Igen Nem

Rendelkezik oltási könyvvel? Igen Nem

Milyen betegségek ellen van beoltva?

FSME Tetanusz Diftéria(Torokgyík) Polio (Gyermekbénulás)

Pertusszisz (Szamárköhögés) Kanyaró

Mumpsz Rubeola Hepatitis A és/vagy B

Mikor volt az utolsó:

-Szűrővizsgálata?

-Béltükrözése (Kolonoszkópia)?

-Rákszűrővizsgálata?

Családban előforduló betegségek:

Ismertek a közvetlen vérrokonoknál (Szülő, Nagyszülő, Testvér) a következő betegségek:

Szívinfarktus vagy Szívbetegség

Agyérgörcs

Daganatos betegség, melyik: _____

Allergia, melyik: _____

Szociális anamnézis:

Mi a foglalkozása?

Nyugdíjas? Ja Nein

Családi állapot: hajadon élettársi kapcsolat házas özvegy elvált

Rokkantsági fok (*Grad der Behinderung, GdB*) : _____%

Fogyatékosági igazolvány? Igen Nem

Ápolási fokozat? Igen (I, II, od. III, IV?) Nem

Ápolói szolgálat?

Gondnok?

Az összes válasz önkéntes. Köszönjük a válaszeit!

dátum: _____

aláírás: _____

Beteg vagy törvényes képviselő