

Név:
 Születési hely, idő:
 Lakcím:

Ez a kérdőív azt a célt szolgálja, hogy az Ön egészségi állapotáról minél átfogóbban tudjunk tájékozódni. Ezért kérjük, hogy az alábbi kérdésekre pontosan válaszoljon, a kitöltött oldalakat egyenként írja alá. Az „egyéb megjegyzés” rovatban a kérdések által esetlegesen nem érintett, az Ön egészségével kapcsolatos kiegészítéseit teheti meg. Az Öntől kapott adatokat természetesen bizalmasan kezeljük az orvosi titoktartás szabályai szerint. Kérjük, hogy a megfelelő választ x-szel és rövid felsorolással jelezze.

1. Családi anamnézis

S z ü l ő k

Élnek-e?

Édesanya:	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
Édesapa:	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>

Ha meghaltak, milyen betegségben?

Édesanya:

Édesapa:

Volt-e hirtelen halál? Igen Nem

Életükben volt-e? Allergiás betegség Igen Nem

Elhízás Igen Nem

Magas vérnyomás Igen Nem

Agyvérzés, szélütés Igen Nem

Szívinfarctus, ritmuszavar Igen Nem

Cukorbetegség Igen Nem

Érszűkület Igen Nem

Mélyvénás trombózis Igen Nem

TBC-s betegség Igen Nem

Nagyfokú csontritkulás Igen Nem

Lelki betegség (depresszió, egyéb) Igen Nem

Daganatos betegség Igen Nem

Ha igen, milyen?

Más betegség?

Milyen kórházi kezeléseikről, műtéteikről tud?

N a g y s z ü l ő k

Élnek-e?

Ha meghaltak, milyen betegségben?

Volt-e hirtelen halál? Igen Nem

Milyen, életükben fellépő betegségeikről, műtéteikről tud?

Elhízás Igen Nem

Magas vérnyomás Igen Nem

Agyvérzés, szélütés Igen Nem

Szívinfarctus, ritmuszavar Igen Nem

Cukorbetegség Igen Nem

Érszűkület Igen Nem

Mélyvénás trombózis Igen Nem

TBC-s betegség Igen Nem

Nagyfokú csontritkulás Igen Nem

Lelki betegség (depresszió, egyéb) Igen Nem

Daganatos betegség Igen Nem

Más betegség?

Testvérek

Hányan vannak? Milyen neműek?

Milyen betegségeikről tud?	Allergiás betegség	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
	Elhízás	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
	Magas vérnyomás	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
	Agyvérzés, szélütés	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
	Szívinfartus, ritmuszavar	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
	Cukorbetegség	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
	Érszűkület	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
	Mélyvénás trombózis	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
	TBC-s betegség	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
	Nagyfokú csonttrikulás	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
	Lelki betegség (depresszió, egyéb)	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
	Daganatos betegség	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>

Ha igen, milyen?

Más betegség?

Milyen kórházi kezeléseik voltak/vannak?

Ha nem élnek, haláluk oka?

Volt-e hirtelen halál? Igen Nem

Gyermekek

Ha van saját gyermeke? leány(ok) Igen Nem
fiú(k) Igen Nem

Milyen betegségeit diagnosztizálták?

Van-e valamilyen „öröklődőnek” mondott betegsége, milyen?

Kap-e valamilyen rendszeres kezelést?

2. Környezeti és szociális anamnézis

a.) Páciens munkaköre

Végzettség?

Végzettségnek megfelelő tevékenységet végez? Igen Nem Részben

Munkakörülmények: megfelelő jó nem megfelelő

Munkamegterheltség: átlagos átlag alatti átlag feletti

Éjszakai munkavégzés:

Munkahelyén foglalkozás-egészségügyi (munkaegészségügyi) vizsgálaton részt vett-e? Igen Nem

Ha számítógéppel dolgozik, műszeres szemvizsgálatot végeztek-e? Igen Nem

Mikor utoljára:

b.) Életkörülmények, életmód, napi szokások

A meglévő megélhetés: elvárható szinten biztosított átlag feletti átlag alatti

Lakáskörülmények: elfogadható több, mint kielégítő változtatásra szorul

Milyen a fűtés?

Tartanak-e valamilyen állatot?

Anyagi helyzete összeségében: átlagos rossz jó

Stresszesnek érzi életét? Igen Nem

Rendszeres aktív sportolás? Igen Nem

Ha igen: mit sportol?

Milyen gyakran?

Hobbiszinten vagy versenyszerűen?

Sportorvos látta-e, ha igen, mikor utoljára?

Hány órát alszik naponta? 4–6 órát 6–9 órát több, mint 9 órát

Étkezése rendszeres-e, vagy rendszertelen? Igen Nem

Ha igen: naponta 1-szer 2-szer 3-szor 3-nál többször

Meleg ételt fogyaszt rendszerint? reggel délben este

Legtöbbet eszik? reggel délben este

Zsíros, nehéz, fűszeres ételeket? kedveli átlagosan szereti nem fogyasztja

Zöldséget, gyümölcsöt milyen gyakran fogyaszt? naponta többször naponta hetente ritkán

Testsúlya: testmagassága:

BMI (testtömeg index) – orvos számolja ki: kg/m²

Haskőrfogat (orvos méri): cm

Fogyaszt-e bort, sört, mennyit, milyen gyakran?

Fogyaszt-e égetett szeszes italt, mennyit, milyen gyakran?

Fogyaszt-e szénsavas, citromos üdítő italt, mennyit, milyen gyakran?

Dohányzik-e, mennyit, hány éve?

Kávézik-e, naponta mennyit?

Teázik-e, naponta mennyit?

Szed-e rendszeresen gyógyszert, melyet, mennyit?

Szed-e erősítőket, táplálékkiegészítőket, gyógyhatású készítményeket, vitaminokat, fehérjekoncentrátumokat? Igen Nem

Ha igen, melyet, mennyit?

Volt-e és mikor komplex egészségügyi szűrővizsgálaton, ennek főbb megállapításai?

Volt-e tüdő-, emésztőrendszeri-, bőr-, nőgyógyászati-, prostata rákszűrésen, mikor, ennek eredménye?

Ismeri háziorvosát? Igen Nem

Jár-e rendszeres háziorvosi rendelésre? Igen Nem

Ha igen, milyen panaszokkal?

Van-e állandó fogorvosa? Igen Nem

Mikor volt utoljára fogorvosnál, mi volt az utolsó beavatkozás?

Részesült-e valaha fogszabályozó kezelésben? Igen Nem

3. Egyéni anamnézis

a.) Gyermekkori betegségek

Emlékezete szerint minden fertőző gyermekbetegséget elkapott? Igen Nem

Mi az, amit nem?

Oltásokat megkapta-e gyermekkorban? Igen Nem

Volt-e olyan oltás, amit későbbi életkorban kapott?

Kialakult-e emlékezete szerint gyermekkorban fertőző betegség valamilyen szövődménye?

Fülgyulladás	Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>
Vesegyulladás	Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>
Szívvel kapcsolatos problémák	Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>
Tüszős mandulagyulladás	Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>
Izületi gyulladás magas lázzal, piros, duzzadt ízületekkel	Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>

Jelentkezett-e gyermekkorban gyógyszerre, ételre, valamilyen külső kémiai anyagra allergiás tünet? Igen Nem

Ha igen, ez mi volt? bőrkiütés szénanátha szemviszketés nehéz légzés?

Ezek a tünetek előfordultak: ritkán gyakran nagyon gyakran

Kapott-e fentiekre kezelést, melyet, meddig?

Feküdt-e kórházban, operálták-e gyermekkorában valamilyen betegséggel? Igen Nem

Ha igen, milyen betegségről volt szó?

Milyen gyógyszereket szedett emlékezete szerint?

Volt valamilyen gyermekkori baleseti sérülése? Igen Nem

Ha igen, milyen sérülésről volt szó?

b.) Felnőttkori állapotok, betegségek:

Volt-e gyermekkor után valamilyen betegsége?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Tud-e gyógyszerallergiájáról?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Ha igen, milyen gyógyszer, vegyület váltja ki?					
Van-e bőrküütése, arcoedemája bizonyos ételek elfogyasztása után?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Van-e megfázás nélküli orrfolyása, orrdugulása, tüsszögése, szemviszketése, nehézlégzése, asztmája?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Ez függ-e a mostani évszaktól, vagy rendszertelenül jelentkezik?	<input type="checkbox"/> függ	<input type="checkbox"/> nem függ			
Volt-e érzéstelenítésben végzett fogászati műtétje vagy más beavatkozása?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Ha volt, fellépett-e valamilyen allergiás jelenség?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Ha igen, milyen tünetekkel járt, mivel kezelték?					
Tud-e étel, pollen, más kémiai anyag (háztartási szer, kozmetikum) által kiváltott allergiájáról?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Előfordult-e fogászati kezelés után fémes érzés a szájbán, fokozott nyáleválasztás?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Az allergiás tünetek előfordulnak?	<input type="checkbox"/> ritkán	<input type="checkbox"/> gyakran	<input type="checkbox"/> nagyon gyakran		
Kezelésben részesül?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Ha igen, ez					
Testsúlya könnyen változik?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Fogyásra vagy hízásra hajlamos?					
Utóbbi időben, hogy alakult a testsúlya?					
Étvágytalan-e?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Van-e étkezéssel, emésztéssel összefüggő panasza?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Ha igen ez étkezés előtti, vagy utáni panasz?					
Mennyi idővel jelentkezik étkezés előtt?					
Mennyi idővel jelentkezik étkezés után?					
Ez a panasz vagy panaszok?	<input type="checkbox"/> émelygés	<input type="checkbox"/> hányinger	<input type="checkbox"/> hányás	<input type="checkbox"/> puffadás	<input type="checkbox"/> „hangos has”,
	<input type="checkbox"/> fájdalom	<input type="checkbox"/> széklettel kapcsolatos rendellenesség			
Ha fájdalom, ennek helye, jellege?					
Ha végbéltáji fájdalom, ennek helye, jellege?					
Érez-e rossz szájízt, szegycsont mögötti fájdalmat, égő érzést a garatban?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Előfordult-e hepatitis vírus fertőzése?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Rossz szokásként előfordul-e az ajkak, arc felső nyálkahártyájának (pofa) vagy nyelvnek a rágása, szívása?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Tud-e valamilyen harapási rendellenességéről?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Beszédnél, étkezésnél kattog-e az állkapocsizülete?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Előfordul-e rendszertelen vagy szapora szív működése?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Van-e mellkasi fájdalma, nehézlégzése lépcsőjáráskor, fizikai terhelésnél?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Milyen gyakran jelentkezik, milyen fokú?					
A mellkasi fájdalom hol jelentkezik?					
Szegycsont mögötti-e?					
Milyen jellegű?	<input type="checkbox"/> szorító	<input type="checkbox"/> égő	<input type="checkbox"/> szúró	<input type="checkbox"/> nyomó	<input type="checkbox"/> kisugárzó
Ha kisugárzik, hova?	<input type="checkbox"/> bal váll	<input type="checkbox"/> kar	<input type="checkbox"/> állkapocs	<input type="checkbox"/>	
Kiváltó oka?	<input type="checkbox"/> fizikai terhelés	<input type="checkbox"/> izgalom – stressz	<input type="checkbox"/> időváltozás	<input type="checkbox"/> hideg hőmérséklet	
Szokott-e ezzel kapcsolatban olyan gyógyszert szedni, mely ezeket a panaszokat rövid időn belül megszünteti?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Ha igen, melyiket, milyen gyakran, milyen dózisban?					
Van-e bokadagadás egyik vagy mindkét lábon?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Van-e lábszárfájdalom járás közben?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Ha igen, hány méter után kell megállni?					
Előfordult-e egyoldali lábduzzanat?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Vannak-e visszerei?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Volt-e visszérgyulladás, mélyvénás thrombózis?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Szokott fejfájás jelentkezni?	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>			
Ha igen, milyen gyakorisággal?					
Milyen jellegű?					
Együtt jár-e?	<input type="checkbox"/> látászavarral	<input type="checkbox"/> szédüléssel	<input type="checkbox"/> émelygéssel	<input type="checkbox"/> arcizbadással	

Milyen gyógyszerre múlik el?

Látászavara van-e? Igen Nem

Ha igen: szemüveget, kontaktlencsét hord-e? hány dioptriás:

Utóbbi időben a látása? javult romlott

Mozgásszervi panaszai vannak-e?

Ha igen: Nyaka, háta, dereka szokott-e fájni? Igen Nem

a fájdalom kisugárzik-e végtagjaiba? Igen Nem

Előfordul-e végtagzsibbadás vagy gyengeség? Igen Nem

Használ-e gyógyászati segédeszközt? bot lúdtalpbetét egyéb:

Szédüléssel panaszai vannak-e?

Volt-e olyan, hogy végtagzsibbadás lépett fel és átmenetileg beszélni sem tudott? Igen Nem

Alvászavara van-e? Igen Nem

Fáradtnak érzi magát napközben? Igen Nem

Előfordul, hogy napközben elalszik? Igen Nem

Milyen gyakran válik feszültté, idegessé?

Szokott-e szorongani? Igen Nem

Feküdt-e kórházban? Igen Nem

Milyen gyógyszeres kezelést kapott?

Milyen műtétet végeztek?

Volt-e valamilyen szövődmény, ha igen, milyen?

c.) Jelen állapot

Most van-e rossz közérzete? Igen Nem

Gyengének érzi-e magát? Igen Nem

Fáradékony-e? Igen Nem

Étvágytalan-e? Igen Nem

Milyen a munkabírása? megfelelő gyengébb jobb

Tud-e? Igen Nem

Cukorbetegségéről Igen Nem

Magas vérnyomás betegségéről Igen Nem

Vérkeringési betegségéről Igen Nem

Véralvadási betegségéről Igen Nem

Kóros lipid – zsír szintekről Igen Nem

Pajzsmirigy betegségéről Igen Nem

Bőrbetegségéről Igen Nem

Reumás betegségéről Igen Nem

Köszvényről Igen Nem

Tüdőbetegségéről Igen Nem

Vesebetegségéről Igen Nem

Krónikus húgyúti fertőzéséről Igen Nem

Emésztőrendszeri betegségéről Igen Nem

Idegrendszeri betegségéről Igen Nem

Immunhiányos betegségéről (HIV pozitív ?) Igen Nem

Daganatos betegségéről Igen Nem

Tud-e egyéb betegségről Igen Nem

Ha igen, milyen betegségről van szó?

Kérem, jelölje meg, hogy az alábbiak közül melyekben érzi erősnek magát, illetőleg melyekben kellene sokat fejlődnie?

Önbizalom Erősségem Gyenge pontom

Nyugalom Erősségem Gyenge pontom

Összeszedettség Erősségem Gyenge pontom

Figyelem, koncentráció Erősségem Gyenge pontom

Kitartás Erősségem Gyenge pontom

Szorgalom Erősségem Gyenge pontom

