Anamnestický dotazník

Vyplňte, prosíme pečlivě, informace jsou součástí zdravotní dokumentace a budou použity pro eventuelní výběr antibiotik a lokální anestézie nebo některých chirurgických zákroků. Informace podléhají lékařskému tajemství a zaručujeme jejich ochranu.

Seznamte se prosím předem s veškerými podmínkami a cenami za ošetření v našem nestátním zdravotnickém zařízení GYN MEDICO - jakékoli dotazy Vám rádi zodpovíme.

Příjmení, jméno, titul .....

Rodné číslo ..... Datum narození.....

Pojišťovna ..... Státní příslušnost .....

Ulice ..... PSČ ..... Město .....

E-mail (Souhlasím se zasíláním informací výsledků týkajících se mého zdravotního stavu, výsledků vyšetření a zdravotní dokumentace na tento email. Uvedením e-mailové adresy nám udělujete souhlas se zasílání elektronických receptů - tzv. eReceptů - na tuto adresu) .....

Telefon .....

Kde jste se o nás dozvěděli? ☐na doporučení ☐internet ☐tisk – kde ..... ☐jiné: .....

Náhradní kontaktní osoba v případě nutnosti zanechání vzkazu (nemoc lékaře, nutnost změny termínu objednání) .....telefon.....

Označte prosím, popřípadě vypište, trpíte-li některým z uvedených onemocnění, jak dlouho a od kdy:

Osobní anamnéza

☐ Interní onemocnění (vysoký krevní tlak, cukrovka, astma, onemocnění štítné žlázy, ledvin, křečové žíly, krvácivé nemoci)
.....
.....

☐ Operace.....
.....

☐ Úrazy.....
☐ Infekční nemoci (žloutenka, syfilis, HIV mononukleóza...).....
☐ Alergie.....
☐ Dlouhodobě užívané léky.. .....

☐ Častější krvácení (léčené?).....

Zaměstnání (pracovní zařazení):.....

Gynekologická anamnéza:

Menstruace, od kolika let, pravidelnost cyklu .....

Datum poslední menstruace: .....

Předchozí gravidity :.....

Zákroky na děložním čípku:.....

Poslední preventivní prohlídka.....

Gynekologické operace:

.....

.....

Antikoncepce - název, potíže.....

Sexuálně přenosné onemocnění v minulosti (chlamydie, ureoplasmata, syfilis, ...)

.....

Byla jste očkována proti HPV infekci ☐ ANO ☐ NE

Byla jste vy, nebo někdo z rodičů či sourozenců léčeni pro plicní embolii nebo uzávěr žilního systému

☐ ANO ☐ NE

Jste kuřák/ kuřačka? ☐ ANO ☐ NE

Předešlý ošetřující lékař (jméno, příjmení, adresa): ....

Datum poslední registrace u gynekologa.....

Datum poslední gynekologické prohlídky.....

UPOZORŇUJEME KLIENTY, ŽE NEBUDE-LI OBJEDNANÝ TERMÍN ZRUŠENÝ MIN. 48 HODIN PŘEDEM, JSME OPRÁVNĚNI ÚČTOVAT ÚHRADU ČASOVÉ ZTRÁTY DLE AKTUÁLNÍHO CENÍKU.

Pro Vaši informaci: Ve dnech následujících po ošetření můžete být kontaktováni ze strany kliniky z důvodu zjištění Vaší spokojenosti s ošetřením

Seznámil(a) jsem se a souhlasím s podmínkami ošetření a s ceníkem hrazených výkonů. Vyplněné údaje jsou pravdivé a všemu rozumím.

Mám zájem o zasílání výsledků Gyn Medico e-mailem , telefonicky ☐ ANO ☐ NE

Dne .....

Podpis .....