

## 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 očkovaná 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 .....