

Zdravotní dotazník

(vyplní lékař dle ošetřující dokumentace)

Jméno žadatele o službu:..... rodné č.

Bydliště: zdravot. pojišťovna

RA: Matka: rok narození:

Dědičné choroby:

Rodiče matky: (vážné choroby).....

Otec: rok narození:

Dědičné choroby:

Rodiče otce (vážné choroby)

Sourozenci (vážné choroby) ne/ ano

OA: **Žadatel o službu**:

Základní dg. : (ano-ne)

Mentální postiženípoúrazová demencekombinované postižení.....

Stupeň postižení(lehký, střední, těžký).....

Z těhotenství, průběh těhotenství, porod vtýdnu

PH..... Apgar kříšení icterus PM vývoj.....

Hospitalizace:

Nemocnost :

Operace :

Úrazy:

Očkování hepatitis B:Tetanus.....

Očkování COVID - 19: ANO/NE datum ukončení

Jiná očkování:

Prodělání onemocnění COVID – 19 datum

Alergie: na léky jiná

Epi onemocnění: ne / ano

Trvalá léčba:

Medikace:

Odborný lékař:

Laboratorní vyšetření (kdy poslední, stav) :

FW..... Ko a dif JT..... moč.....

RTG..... Genetika..... jiné

NO:

SP:hmotnost výška

TK: visus sluch hrdlo.....

SM zuby

Srdce Plíce.....břicho.....

Kůže

Jiné důležité sdělení.....

Lokomoce:

Strava:

Dieta:

Menzes (u žen).....hormonální antikoncepce.....

Spolupráce při vyšetření:

Schopnost pobytu v kolektivu

Doporučení: