

## Zdravotní dotazník

(vyplní lékař dle ošetřující dokumentace)

Jméno žadatele o službu:..... nar. ....

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:

Z ..... těhotenství, průběh těhotenství ....., porod v .....týdnu

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

Hospitalizace: .....

Nemocnost : .....

Operace : .....

Úrazy: .....

Očkování hepatitis B: .....Tetanus.....

Jiná očkování: .....

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: .....

  
CENTRUM SOCIÁLNÍCH  
SLUŽEB TĚLOSKOV  
TĚLOSKOV 1  
257 56 NEVEKLOV ③