

Dotazník pre komplexné vyšetrenie

Dátum:

Meno, priezvisko:

Vek:

1. O vašom zdravotnom stave. Prekonali ste alebo sa liečite na niektoré z uvedených ochorení?

| Zdravotný stav | Poznámka (liečba, aktuálny stav) |
|---|----------------------------------|
| • operácie | |
| • vážne úrazy | |
| • vysoký tlak | |
| • cukrovka | |
| • vysoký cholesterol | |
| • ochorenie srdca | |
| • ochorenia štítnej žľazy, iné hormonálne ochorenia | |
| • obezita | |
| • astma | |
| • alergie/ intolerancie | |
| • kožné ochorenia | |
| • ochorenia pohybového aparátu (kĺby, chrbát) | |
| • časté angíny, zápaly dýchacích ciest, pľúc | |
| • dlhotrvajúci kašeľ | |
| • ochorenia žalúdka (zápaly, vredy, iné), pálenie záhy | |
| • ochorenia pečene, žlčových ciest, pankreasu | |
| • ochorenia čriev | |
| • zažívacie ťažkosti | |
| • problémy so stolicou, hemoroidy | |
| • ochorenia obličiek (zápaly, kamene, iné) | |
| • časté zápaly dolných močových ciest, mykózy | |
| • urologické ochorenia | |
| • nočné močenie (viac ako 1x) | |
| • psychické ochorenia (depresia, schizofrénia, iné) | |
| • úzkostné stavy, fóbie, strachy, nespavosť, zvýšená nervozita, iné poruchy | |
| • zvýšená únava, slabosť | |
| • nervové ochorenia (epilepsia, závraty, poruchy citlivosti) | |
| • migréna, časté bolesti hlavy | |
| • nádorové ochorenia | |
| • autoimunitné ochorenia, oslabenie imunity | |
| • iné | |

2. **O vašej rodine.** *Prosím, označte krížikom ochorenia, ktoré sa vyskytujú resp. vyskytli u vašich detí, súrodencov, rodičov.*

| Ochorenie | Rodinný príslušník | Poznámka |
|-------------------------------|--------------------|----------|
| • cukrovka | | |
| • obezita | | |
| • srdcový infarkt | | |
| • mozgová porážka | | |
| • náhle úmrtia | | |
| • alergie, astma | | |
| • psychické poruchy | | |
| • nervové ochorenia | | |
| • nádorové ochorenia | | |
| • iné závažné ochorenia, aké? | | |

3. **Aké lieky a výživové doplnky pravidelne užívate?**

| Názov lieku/výž. doplnku | Dávkovanie | Poznámka |
|--------------------------|------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

4. **Návykové látky:**

| Látka | Koľko denne | Poznámka |
|-------------------------------|-------------|----------|
| • káva | | |
| • alkohol | | |
| • cigarety | | |
| • lieky na spanie, ukludnenie | | |

5. **Váš aktuálny život:**

| | |
|---|--|
| • Koľko hodín v práci sedíte? | |
| • Zdroje stresu (z čoho) | |
| • Koľko času denne strávite cestovaním? | |
| • Koľko denne prejdete pešo? | |
| • Pohyb, šport: <ul style="list-style-type: none"> ○ pravidelný? ○ aký? ○ ako často? ○ Koľko hodín týždenne venujete cielenej pohybovej aktivite? | |
| • Spánok – dĺžka, kvalita | |
| • Zmenili ste hmotnosť v posledných 6 mes.? Ako? | |
| • Chuť do jedla | |