



Dotazník o zdravotním stavu – vstupní prohlídka

Veškeré osobní údaje, včetně citlivých údajů (o zdravotním stavu, genetické údaje, apod.) se stávají po vyplnění a předání dotazníku součástí zdravotnické dokumentace vedené Ambulancí pracovně lékařských služeb MOÚ (APLS) o zaměstnanci. Tyto informace jsou důvěrné a slouží pouze pro potřeby lékaře pracovně lékařské péče jako písemná informace o dosavadním vývoji zdravotního stavu zaměstnance dle §2 písm. d) vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. APLS s těmito osobními údaji nakládá v souladu s platnými právními předpisy.

Jméno a příjmení, titul:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

Pracovní zařazení:

1. Vyskytovaly, vyskytují se u některého z Vašich pokrevních příbuzných (rodiče, prarodiče, sourozenci, děti tato onemocnění?

- tuberkulóza
- cukrovka
- zhoubné nádorové onemocnění (rakovina)
- vysoký krevní tlak
- cévní onemocnění (srdeční infarkt, mozková mrtvice)
- astma
- záněty žil
- onemocnění štítné žlázy
- dědičné nebo vrozené onemocnění
- nejsem si vědom/a, že by v rodině byla nějaká z uvedených onemocnění

2. Prodělal/a jste některá z těchto onemocnění?

- virová hepatitida
- záškrt
- zarděnky
- dávivý kašel
- dětská mozková obrna
- spála
- častě angíny
- opakující se záněty průdušek
- opakující se záněty středního ucha
- nejsem si vědom/a, že bych prodělal/a nějaká z uvedených onemocnění

3. Vyskytly se u Vás problémy s páteří, byl/a jste někdy léčen/a na rehabilitaci? V dětství léčebný tělocvik?

NE - ANO

blíže uveďte (např. vadné držení těla, skolióza):



4. Máte v současné době nějaké zdravotní obtíže?

NE - ANO

jaké:

5. Jste v současnosti léčen/a nebo byl/a jste v minulosti léčen/a pro některou z těchto chorob?

- infekční choroby* (TBC, syfilis, kapavka, vir. hepatitida, salmonelóza, inf. mononukleóza aj.)
- ortopedická onemocnění* (vadné držení páteře - skolióza, opakované blokády páteře, poruchy hybnosti kloubů, chronické bolesti páteře nebo kloubů, M. Scheuermann)
- onemocnění srdce a cév* (infarkt myokardu, záněty srdečního svalu včetně revmatické horečky, poruchy srdečního rytmu, srdeční nedostatečnost, vrozené nebo získané srdeční vady, kornatění cév-ateroskleróza)
- onemocnění dýchacích cest a plic* (astma, chronická bronchitida, rozedma plic, časté virózy nebo angíny, nevdušnost plic)
- onemocnění nervová* (epilepsie, migréna a jiné záchvatovité stavy, poruchy rovnováhy, poškození nervové tkáně, poruchy čítí-citlivosti a hybnosti)
- duševní choroby* (deprese, mánie, psychózy, závislost na alkoholu, toxikománie, jiné)
- onemocnění trávicího systému* (vředová choroba žaludku či dvanáctníku, zánětlivé onemocnění střev, častěji se opakující zácpa nebo průjem, jiné)
- onemocnění jater a žlučových cest* (ztukovatění jater-steatóza, žlučnickové koliky, kameny)
- onemocnění slinivky* (chronické záněty a jiné)
- onemocnění ledvin* (chronické záněty, snížení funkce, koliky a jiné)
- onemocnění močových cest* (záněty, kameny v močových cestách a jiné)
- onemocnění kožní* (ekzémy, zánětlivé nebo plísňové onemocnění kůže)
- onemocnění oční* (zhoršený zrak, poruchy zrakového pole, šedý zákal, zelený zákal, záněty, jiné)
- onemocnění ušní* (zhoršený sluch, chronické záněty středouší, hučení v uších, závratě)
- endokrinologie* (onemocnění štítné žlázy, poruchy hladiny tuků, metabolické choroby, dna, jiné)
- u žen gynekologická onemocnění*
- nádorová onemocnění*
- vysoký krevní tlak*
- cukrovka*
- onemocnění krve a krvetvorných orgánů*
- jiné choroby, které chcete lékaři sdělit ústně
- nejsem si vědom/a, že bych byl/a léčen/a pro výše uvedená onemocnění

6. Trpíte alergiemi?

NE - ANO

blíže uveďte:

- na léky - které:
- na náplast
- na jód
- na seno, trávy, pyly, roztoče, prach, srst zvířat, potraviny
- na kosmetiku, dezinfekční prostředky, chemické látky
- jiné (uveďte):

Jaké máte projevy alergie - senná rýma, záněty spojivek, kožní vyrážky, astma, alergická rýma,

jiné:

18. Jste nebo byl/a jste někdy v částečném nebo plném invalidním důchodu nebo jste byl/a uznán/a osobou zdravotně znevýhodněnou nebo Vám byla přiznána choroba z povolání?

NE – ANO

blíže uveďte:

19. Další skutečnosti, které byste rád/a sdělil/a lékaři

20. Jméno, příjmení a adresa praktického lékaře, u kterého jste v současné době registrován/a:

Prohlášení:

Prohlašuji, že podle mého nejlepšího vědomí jsou informace, které jsem uvedl v dotazníku, pravdivé a úplné.

Informace, které pokládám za příliš důvěrné či osobní, sdělím lékaři v průběhu lékařské prohlídky.

Jsem si vědom, že neuvedením či nesdělením důležitých informací o svém zdravotním stavu беру na sebe spoluzodpovědnost za případné chybné posouzení mé zdravotní způsobilosti k vykonávané práci - zejména v případech, kdy onemocnění, která jsem neuvedl či nesdělil, lze prokázat jen specializovanými vyšetřeními, která nejsou součástí lékařských prohlídek u lékaře pracovně lékařské péče.

Datum:

Podpis zaměstnance: