

Dotazník na interné vyšetrenie:

Meno a Priezvisko :

Rodné číslo:

/

Dátum:

(križikom označiť súhlasnú odpoveď, ak nerozumiete niektorej otázke nechajte kľudne nevyplnené, dotazník bude súčasťou Vašej zdravotnej dokumentácie)

Áké máte obtiaže? Problém s tlakom Bolesť na hrudníku Dušnosť

Závraty (prípadné odpadnutie) Búšenie srdca / vypadávanie pulzu Problémy s trávením

Opuchy nôh Iné

Ako zvládnete námahu? Vyjdem do 3. poschodia bez zastavenia

Po 1-2.poschodí sa výrazne zadýcham/musím sa zastaviť Zadýcham sa pri chôdzi po rovine

Zhoršená chuť do jedla / trávenie Strata hmotnosti Problémy s močom / stolicou

Zoznam liekov ktoré beriete, gramáž a dávkovanie.....

Zoznam ochorení Vysoký tlak Infarkt alebo porážka

Ochorenie štítnej žľazy Cukrovka Operácie – slepé črevo , žlčník, prietrž

Pobyty v nemocnici – uviesť rok a dôvod

Pre ženy: počet pôrodov:potratov:.....Posledná menštruácia:

Posledná návšteva gynekológa: Vek nástupu menopauzy

Ste v sledovaní kardiológa , pneumológa , psychiatra , neurológa , hematológa ?

Máte **alergie** (na lieky) ? Ak áno, prosíme vypísať

Závažné ochorenie v rodine (ochorenie srdca infarkt, porážka,cukrovka, rakovina úmrtie rodičov/súrodencov

(uviesť aj eventuálny vek úmrtia) matka

otec deti/súrodenci

Zamestnanie (ak ste v dôchodku uviesť posledné zamestnanie)

Fajčíte Alkohol – vôbec nepijem , príležitostne , častejšie (2x a viac do týždňa?)

Bývate sám s rodinou ? Prípadná sociálna starostlivosť (stupeň)?

Pobyt v zahraničí mimo EÚ posledných 5 rokov? Ak áno, uviesť miesto a dĺžku

Vyšetrenie posledných 5 rokov : Sono , ECHO , Röntgen pľúc , CT , Holter TK/EKG

– prosím pokračujte aj na druhej strane,

PODPIS

- Dotazník o zdravotnom stave pacienta (PHQ-9)

- Meno a Priezvisko :

- Rodné číslo: / Dátum:

Ako často Vás počas uplynulých 14 dní trápila niektorá z nasledujúcich ťažkostí?

(Zvolenú odpoveď označte „✓“)

	Vôbec nie	Niektoré dni	Viac než polovicu dní	Takmer každý deň
1. Malý záujem robiť veci alebo tešiť sa z nich	0	1	2	3
2. Pocity nešťastia, depresie alebo beznádeje	0	1	2	3
3. Ťažkosti so zaspávaním, časté prebúdzenie sa alebo nadmerná spavosť	0	1	2	3
4. Pocity únavy alebo nedostatku energie	0	1	2	3
5. Slabá chuť do jedla alebo prejedanie sa	0	1	2	3
6. Zlý pocit zo seba – alebo pocit zlyhania či pocit, že ste sklamali sami seba alebo rodinu	0	1	2	3
7. Ťažkosti so sústredením sa na činnosti, ako napríklad čítanie novín alebo sledovanie televízie	0	1	2	3
8. Také pomalé pohybovanie sa alebo rozprávanie, že si to mohli všimnúť ostatní. Alebo naopak – taký nepokoj, že ste sa pohybovali oveľa viac ako zvyčajne	0	1	2	3
9. Myšlienky, že by bolo lepšie zomrieť alebo si nejako ublížiť	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Ak ste označili hociktoré z uvedených ťažkostí, uveďte naokoľko Vám tieto ťažkosti sťažovali Vašu prácu, starostlivosť o domácnosť alebo vzťahy s inými ľuďmi.

Vôbec
nesťažovali

Trochu
sťažovali

Veľmi
sťažovali

Mimoriadne
sťažovali