

# Anamnesa

**JMÉNO PACIENTA:**

**DATUM NAROZENÍ:**

**DATUM VYPLNĚNÍ:**

*Dokumentace je archivována podle platných předpisů o ochraně citlivých dat a skutečností, patří do lékařské dokumentace, na které se vztahuje lékařské tajemství.*

*Vyplňujte vlastními slovy, sestra či lékař se případně zeptají.*

## Rodinná anamnesa

**Rodiče:**

1) žijí - zdraví

2) nežijí (*uved'te v kolika letech svého věku zemřel otec/matka a na jakou chorobu*)

**Sourozenci:**

Počet: \_\_\_\_\_

1) Žijí

2) Nežijí (*udejte v kolika letech a na jakou chorobu zemřel/la*)

**Děti:**

Počet: \_\_\_\_\_

1) Žijí

2) Nežijí (*udejte v kolika letech a na jakou chorobu zemřel/la*)

**Trpěl někdo z pokrevních příbuzných těmito chorobami:**

1) Cukrovka

2) Zhoubný nádor

3) Infarkt myokardu

4) Srdeční onemocnění, vysoký tlak, cholesterol 5) Epilepsie (padoucnice)

6) Tuberkulóza

7) Duševní onemocnění (schizofrenie ..)

8) Jiná onemocnění:

---

## Osobní anamnesa

**Dětské choroby:** (*vypište pouze závažná onemocnění - spála, revmat. horečka, klíšťovka, pobyty v nemocnici, větší úrazy apod.*)

**Operace:** (*pokud ano jaká operace to byla, jakého orgánu a přibližně v kterém roce nebo v kolika Vašich letech. Pokud víte i nemocnici, kde jste ležel/a, napište i nemocnici (město)*)

**Úrazy:**

## Ženy

Počet porodů:

Potrasy (přirozené):

Přerušení těhotenství:

Poslední menses (*datum*):

Přechod (*v kolika letech přibližně*):

Byla jste v posledním roce na preventivní gynekol. prohlídce? (*Pokud ne, proč?*)

Ženské operace (*jaké a kdy*):

Antikoncepce (*pokud ano, jaký typ*):

Hormonální substituční terapie (*ženy kolem přechodu*) - jaký typ:

## Muži

- 1) odveden
- 2) neodveden - proč? (uved'te diagnózu)

Poslední kontrola urologem s prostatou? (*U mužů nad 40 let*)

## Obecné

### Alergie:

- 1) Ne
- 2) Ano (napište prosím jaké, především spojené s léky)

### Návykové látky:

- 1) Kuřák (kolik let a počet cigaret denně)
- 2) Alkohol (včetně piva)
  - občas
  - denně (napište množství)
- 3) Černá káva (počet a typ kávy)
- 4) Měkké drogy (*jaké*)
- 5) Tvrdé drogy (*jaké*)

**Byl jste léčen/a na odvykání jakékoliv závislosti** (*kouření, alkohol, drogy, gamblerství*)? **Pokud ano, uveďte kdy:**

**!!! Pokud se chystáte na operaci, informujte lékaře o měkkých i tvrdých drogách, o jaký typ drogy se jedná, jakým způsobem je požívána a o čase poslední dávky. V případě že tak neučiníte, můžete se ohrozit na životě!**

**Léčíte se pravidelně s nějakou chorobou?** Pokud chodíte ke specialistovi, napište jméno lékaře. (*jak dlouho, jaké léky*)

- 1) Vysoký krevní tlak
- 2) Onemocnění srdce
- 3) Vysoké krevní tuky
- 4) Cukrovka
- 5) Onemocnění plic
- 6) Onemocnění zažívání
- 7) Onemocnění štítné žlázy
- 8) Neurologické onemocnění
- 9) Ortopedické
- 10) Urologické
- 11) Psychiatrické vyšetření

**Jste-li sledován na dalších odborných odděleních vypište je a kde.**

### Pobyty v nemocnici:

V kterém roce a s jakou chorobou jste byl v nemocnici? Napište i název nemocnice.

Další léky, které máte od lékařů, či sami nakupujete v lékárně:

**Sportujete?** (*napište jakým způsobem a jak často*)

**Dodržujete nějaké diety?** (*napište jaké, především pokud Vám je nařídil lékař a jak je dodržujete*)

Další diety které jste se rozhodli sami používat:

Pokud jste vegetariáni, vegani či máte jiný systém výživy, popište prosím jaký:

## Pracovní anamnesa

Slouží k posouzení možnosti zátěže při onemocnění a vaší pracovní neschopnosti nebo negativního vlivu na Vaše zdraví:

**Pracuji jako:**

**Vzdělání:**

## Sociální anamnesa

**Zázemí:**

- 1) žiji sám
- 2) s rodinou
- 3) s přítelem/kyní
- 4) s dětmi

**Byt** (*udejte poschodí a je-li v domě funkční výtah*):

**Domek** (*pokud bydlíte v patře, udejte v jakém*):

## Čestné prohlášení pacienta

Prohlašuji, že jsem pravdivě informoval lékaře o všech svých chorobách, návycích, lécích a nezatajil jsem žádnou informaci o mém zdravotním stavu, která by mohla uvést ošetřujícího lékaře v omyl.

Datum:

Podpis pacienta:

Podle standardních právních předpisů EU je nyní i v ČR povinné písemné a především podepsané vyjádření pacienta, koho smí zdravotní zařízení informovat o Vašem zdravotním stavu, případně že si nepřejete aby kokoliv byl o Vašem zdravotním stavu informován.

**Celé jméno a datum narození osoby, která smí být o Vašem zdravotním stavu informována:**

Datum:

Podpis pacienta:

*Při každém dalším vyšetření si platnost tohoto vyjádření ověříme.*