



Jméno: Příjmení:

Rodné číslo: Věk: Pojišťovna:

Tel. kontakt: Email:

Zaměstnání (u dětí typ školy):

Zdravotní rizika v zaměstnání (chemikálie, radiace) ne ano, jaká:

OSOBNÍ ANAMNÉZA:

ČÁST SPOLEČNÁ PRO DOSPĚLÉ I DĚTSKÉ PACIENTY:

- Prodělané choroby v dětství:
 - běžné
 - jiné, jaké:
- Onemocnění v dospělosti:
 -
 -
 -
- Sledování u odborných lékařů (u kterých):
 -
 -
 -
- Operace (jaké a v jakém věku):
 -
 -
 -
- Trvale užívané léky:
- Zdravotní obtíže související s intolerancí potravin (lepek, laktóza, fruktóza, histamin):
 - ne ano, příznaky:
 -
 -
- Kouření: Ne Ano, cigaret za den a jak dlouho
- Konzumace alkoholu: Ne Ano, příležitostně Ano, denně
- Jiné návykové látky: Ne Ano, jaké:.....





ČÁST POUZE PRO ŽENY A DÍVKY

- Věk první menstruace: let
- Cyklus: Pravidelný Nepravidelný
- Věk menopauzy: let
- Užíváte/užívala jste antikoncepci?
 - Hormonální Ne Ano; jakou a jak dlouho:
 - Nitroděl. tělísko Ne Ano; typ tělíška a jak dlouho:
- Trpíte často gynekologickými obtížemi (záněty, výtoky, cysty a jiné)
 - Ne Ano; jakými:
- Prodělala jste gynekologickou operaci?
 - Ne Ano, jakou: V jakém věku:
- Vyskytlo se u Vás nádorové onemocnění prsu?
 - Ne Ano V jakém věku:
 - Jednostranné Oboustranné
 - Histologický typ:
- Vyskytlo se u Vás nádorové onemocnění vaječníků?
 - Ne Ano V jakém věku:
 - Jednostranné Oboustranné
 - Histologický typ:
- Vyskytlo se u Vás jiné nádorové onemocnění ?
 - Ne Ano V jakém věku:
 - Jaké:





TĚHOTENSTVÍ

- Otěhotněla jste spontánně? Ne Ano, kolikrát:
- S pomocí metod asistované reprodukce? Ano; metoda a kolikrát:
- Komplikace v těhotenství:
 - Krvácení Ne Ano, v..... týdnu, kolikátého těhotenství.....
 - Předčasný porod Ne Ano, v..... týdnu, kolikátého těhotenství.....
 - Vysoký krevní tlak Ne Ano, v..... týdnu, kolikátého těhotenství.....
 - Těhotenská cukrovka Ne Ano, v.....týdnu, kolikátého těhotenství.....
 - Úmrtí plodu Ne Ano, v.....týdnu, kolikátého těhotenství.....
 - Zpomalený růst plodu Ne Ano
- Počet porodů a roky:
- Spontánní potraty: Ne Ano, počet:
 - V jakém týdnu těhotenství:.....
 - V kolika letech:
- Umělé přerušování těhotenství: Ne Ano, na vlastní žádost
 Ano, z lékařské indikace





RODINNÁ ANAMNÉZA

Vyplňte prosím údaje o Vašich rodinných příbuzných (onkologická onemocnění, jiná závažná onemocnění nebo vrozené vývojové vady)

RODIČE

Jméno a příjmení	Rok narození	Typ onemocnění	Věk diagnózy	Věk úmrtí

RODINA MATKY

Jméno a příjmení	Rok narození	Typ onemocnění	Věk diagnózy	Věk úmrtí
Matka matky				
Otec matky				
Sourozenci matky				

RODINA OTCE

Jméno a příjmení	Rok narození	Typ onemocnění	Věk diagnózy	Věk úmrtí
Matka otce				
Otec otce				
Sourozenci otce				





SOUROZENCI

U nevlastních sourozenců uveďte, zda je společná matka nebo otec.

Jméno a příjmení	Rok narození	Typ onemocnění	Věk diagnózy	Věk úmrtí

DĚTI

Jméno a příjmení	Rok narození	Typ onemocnění	Věk diagnózy	Věk úmrtí

VYSKYTLA SE ZÁVÁŽNÉ ONEMOCNĚNÍ U JINÉHO PŘÍBUZNÉHO VE VAŠÍ V RODINĚ?

Ne Ano: doplňte u koho a jaké

Jméno a příjmení	Rok narození	Příbuzenský vztah	Typ onemocnění	Věk diagnózy	Věk úmrtí

Datum vyplnění: Podpis vyšetřované osoby
(zákonného zástupce)

Jméno zák. zástupce..... Vztah k vyšetřované osobě.....

