



Dotazník na vstupné interné vyšetrenie

Meno a priezvisko: _____

Rodné číslo: _____ Dátum: _____

Symptómy a ťažkosti: (Odpoveď označte krížikom)

☐ Problém s tlakom ☐ Bolesť na hrudníku ☐ Dýchavičnosť ☐ Búšenie srdca ☐ Závrat ☐ Tráviace problémy ☐ Opuchy nôh ☐ Zhoršená chuť do jedla ☐ Zhoršené trávenie ☐ Strata hmotnosti ☐ Problémy s močom /stolicou ☐ Arytmia ☐ Iné _____

Zvládanie fyzickej námahy:

☐ Bez problémov ☐ S miernym obmedzením ☐ So stredným obmedzením ☐ S výrazným obmedzením ☐ Nie je možné vykonávať fyzickú námahu

Zoznam liekov, gramáž a dávkovanie:

Ochorenia:

☐ Vysoký tlak ☐ Infarkt ☐ Cievná mozgová príhoda/porážka ☐ Cukrovka ☐ Ochorenie štítnej žľazy

(Pri operácii a pobyte v nemocnici uviesť rok a dôvod)

☐ Operácie: _____

☐ Pobyty v nemocnici: _____

Pre ženy:

Počet pôrodov: _____ Potratov: _____ Posledná menštruácia: _____

Posledná návšteva gynekológa: _____ Vek nástupu menopauzy: _____

Alergie na liečivá a lieky:

Rodinná anamnéza: (vypísať závažné ochorenia v rodine)

Zamestnanie: (posledné zamestnanie) _____

Demografia, návyky a ostatné informácie:

Alkohol: ☐ Vôbec nepijem ☐ Príležitostne ☐ Často, ☐ Fajčím, **Bývanie:** ☐ Sám/sama ☐ S rodinou ☐ Sociálna starostlivosť/stupeň _____ **Oiné:** _____

Pobyt v zahraničí mimo EÚ posledných 5 rokov? (štát a dĺžka pobytu): _____

Vyšetrenie za 5 rokov:

☐ Sono ☐ ECHO ☐ Röntgen pľúc ☐ CT ☐ Holter ☐ EKG

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 prebúdanie 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 sklamlali 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 nakoľko Vám tieto ťažkosti sťažovali Vašu prácu, starostlivosť o domácnosť alebo vzťahy s inými ľuďmi.

Vôbec nesťažovali	Trochu sťažovali	Veľmi sťažovali	Mimoriadne sťažovali
•	•	•	•

Vyvinuli Dr. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke a kolektív, so vzdelávacím grantom od Pfizer Inc. Na reprodukciu, preklad, vystavovanie a distribúciu nie je potrebný súhlas.

Podpis: _____