



Váš praktický lékař?

Měla jste někdy gynekologickou operaci? Případně jinou operaci? Uveďte prosím druh výkonu.

Měla jste někdy reakci na léky, nebo injekce?

Máte na něco alergii?

Trpíte žloutenkou? Máte HIV?

Trpíte cukrovkou, vysokým krevním tlakem, epilepsií, migrénou, cévním onemocněním?

Berete antikoncepci?

Pokud mentstrujete, od kolika let, je Vaše menstruace pravidelná? Jak je dlouhý cyklus? Jak dlouho trvá? Není krvácení silné?

Byla jste někdy těhotná? Počet porodů? Porod normálně/císařským řezem? Případné komplikace?

Měla jste očkování proti nádoru děložního čípku?

Rodinná anamnéza (rodiče/prarodiče)

Dotčená osoba:

Jméno/příjmení: /

Číslo pojištěnce: /

Osobní anamnéza

Zaregistrovala jste se v naší ambulanci. Pro možnost řádné péče je nutné nás informovat o Vašich zdravotních informacích. Prosíme Vás, o vyplnění dotazníku. Dotazník se stane součástí Vaší dokumentace.

Prosíme o sdělení údajů o Vaší rodině, zda-li se někdo léčí, či léčil ev. zemřel na závažnější onemocnění. Především zhoubné nádorové onemocnění, infarkty do 50. let, poruchy krevní srážlivosti, cévní mozkové příhody apod. a to sice u Vašich rodičů a prarodičů, viz jednotlivé dotazy níže ...

podpis registrované pacientky, či zákonného zástupce