

Příjmení:

Rodné příjmení:

Jméno:

Datum narození:

Národnost:

ID Pacienta (RČ):

Bydliště:

Zdravotní pojišťovna:

Telefonní číslo:

Emailová adresa:

Ukončené vzdělání: • základní • střední • vysokoškolské

Profese (pracovní zařazení, možná zdravotní rizika):

ÚDAJE O VAŠEM ZDRAVOTNÍM STAVU:

Máte nějakou vrozenou vadu nebo odchylku?

• ANO • NE Pokud ano, uveďte jakou:

Prodělal/a jste nějaké operace či úrazy?

• ANO • NE Pokud ano, uveďte, jaké a v jakém věku:

Prodělal/a jste nějaké nádorové onemocnění?

• ANO • NE Pokud ano, uveďte, jaké a v jakém věku:

Máte nějaké alergie?

• ANO • NE Pokud ano, uveďte jakou:

V DĚTSKÉM VĚKU (DO 18 LET):

Prodělal/a jste kromě běžných dětských nemocí nějaké vážné onemocnění?

• ANO • NE Pokud ano, uveďte jaké:

Byla jste léčen/anebo sledován/a pro:

Vady:

Poruchy:

jiné

sluchu

štítné žlázy

epilepsie

zraku

růstu či dospívání

řeči

růstu kyčelního kloubu

jiných smyslů

V DOSPĚLOSTI:

Byl/a jste léčen/anebo sledován/a pro:

Vady:	Poruchy:	Onemocnění:	Jiné:	
sluchu	štítné žlázy	srdce	epilepsie	dna
zraku	hybnosti	ledvin	neuróza	astma
řeči		plic	migréna	atopický ekzém
jiných smyslů		střev	duševní nemoci	alergie
			cukrovka	vysoký tlak

ÚDAJE O VAŠEM ZDRAVOTNÍM STAVU:

Máte informace o výskytu stejného nebo podobného onemocnění či vady u Vašich příbuzných?

- ANO • NE Pokud ano, uveďte, jaká onemocnění, a u kterého příbuzného se objevila:

.....

Užíváte pravidelně nějaké léky?

- ANO • NE Pokud ano, uveďte jaké:.....

.....
.....

POUZE PRO ŽENY:

V kolika letech jste měla měsíčky poprvé?

Kdy jste měla měsíčky naposledy?

Kolik dní trvá cyklus? Je pravidelný? • ANO • NE

Kolik dní trvají měsíčky?

Užívala jste hormonální antikoncepci nebo jinou hormonální léčbu?

- ANO • NE Pokud ano, uveďte, ve kterých letech a jak dlouho:

.....

Měla jste samovolný potrat nebo mimoděložní těhotenství?

- ANO • NE Pokud ano, uveďte kolikrát a v jakém týdnu těhotenství:

.....
.....

Podstoupila jste umělé přerušení těhotenství?

• ANO • NE Pokud ano, uveďte kolikrát a v jakém týdnu těhotenství:

.....

.....

Kojila jste?

• ANO • NE Pokud ano, uveďte jak dlouho::

.....

V případě genetického vyšetření dítěte do 18 let napište u všech svých dětí porodní hmotnost, porodní délku, datum narození a jméno dítěte (i u mrtvě rozeného dítěte):

.....

.....

ÚDAJE O VAŠÍ RODINĚ

Byl ve vaší rodině uzavřen příbuzenský sňatek:

• ANO • NE Pokud ano, uveďte u koho:

Narodila se ve Vaší rodině dvojčata?

• ANO • NE • NEVÍM

Máte informace o výskytu mrtvorozenosti nebo zvýšené potratovosti ve Vaší rodině?

• ANO • NE • NEVÍM

DĚTI:

Napište jméno, rok narození a zdravotní stav Vašich dětí. Pokud jsou z různých manželství nebo vztahů, uveďte jméno druhého rodiče ke jménu dítěte:

Jméno a příjmení	Rok nar.	Zdravotní stav, choroby, vrozené vady, ev. příčiny a věk úmrtí	Počet dcer	Počet synů

SOUROZENCI:

Napište jméno, rok narození a zdravotní stav Vašich sourozenců od nejstaršího k nejmladšímu:

Jméno a příjmení	Rok nar.	Zdravotní stav, choroby, vrozené vady, ev. příčiny a věk úmrtí; v případě onkologického onemocnění věk určení diagnózy	Počet dcer	Počet synů

RODIČE:

Napište jméno, rok narození a zdravotní stav Vašich rodičů:

Jméno a příjmení	Rok nar.	Zdravotní stav, choroby, vrozené vady, ev. příčiny a věk úmrtí; v případě onkologického onemocnění věk určení diagnózy	Počet dcer	Počet synů

RODINA MATKY:

Napište jméno, rok narození a zdravotní stav rodičů a sourozenců Vaší matky:

Jméno a příjmení	Rok nar.	Zdravotní stav, choroby, vrozené vady, ev. příčiny a věk úmrtí; v případě onkologického onemocnění věk určení diagnózy	Počet dcer	Počet synů
Matka matky				
Otec matky				
1. Sourozenec matky				
2. Sourozenec matky				
3. Sourozenec matky				
4. Sourozenec matky				
5. Sourozenec matky				

RODINA OTCE:

Napište jméno, rok narození a zdravotní stav rodičů a sourozenců Vašeho otce:

Jméno a příjmení	Rok nar.	Zdravotní stav, choroby, vrozené vady, ev. příčiny a věk úmrtí; v případě onkologického onemocnění věk určení diagnózy	Počet dcer	Počet synů
Matka otce				
Otec otce				
6. Sourozenec otce				
7. Sourozenec otce				
8. Sourozenec otce				
9. Sourozenec otce				
10. Sourozenec otce				

ÚDAJE O VAŠÍ RODINĚ:

Vyskytuje se u Vašich bratranců, sestřenic a jejich dětí nebo v širší rodině nějaká vrozená vývojová vada?

• ANO • NE • NEVÍM

Pokud ano, uveďte, jaká a u koho:

.....

Vyskytuje se u Vašich bratranců sestřenic a jejich dětí, nebo v širší rodině nějaké nádorové onemocnění?

• ANO • NE • NEVÍM

Pokud ano, uveďte, jaké a u koho a věk určení diagnózy:

.....

.....

Doplňující poznámky:

Prohlašuji, že jsem všechny údaje vyplnil/a pravdivě, dle mně známých skutečností.

Dne:

Podpis:

Kontakt na ambulanci:

Tel: +420 601 508 995

Email: recepce@genemed.cz