

Vážená paní, vážený pane,

formulář, který právě dostáváte do ruky, je jednoduchým zdravotním dotazníkem. Údaje, které v něm uvedete, podléhají pravidlům zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zákona č. 373/2011 Sb., o speciálních zdravotních službách. Žádné zdravotní údaje nebudou dány k dispozici třetí osobě.

MUDr. Michal Lazák

Titul, příjmení a jméno: _____

Rodné číslo: _____ **Zdravotní pojišťovna :** _____

Adresa bydliště: _____

Telefonní kontakt: _____ **E-mail :** _____

Změna pracovní schopnosti: ANO NE *

Invalidní důchod: ANO NE *

(* nehodící se škrtněte)

Uved'te, prosím, v minulosti prodělaná onemocnění, případně chronická onemocnění, se kterými se dlouhodobě léčíte :

Závažná onemocnění (cukrovka, vysoký tlak, onemocnění srdce, ledvin, jater, trávicího traktu, ...):

Infekční onemocnění a poruchy imunity (spála, revmatická horečka, TBC...):

Neurologická onemocnění (záchvatovitá onemocnění, Epilepsie, poruchy vědomí, obrny) :

Závažnější úrazy s trvalejšími následky (rok, druh a způsob léčby úrazu):

Prodělané operace (rok a druh provedeného výkonu):

Otoč %

Poruchy pohybového aparátu (bolesti zad, skolióza, bolesti kloubů...):

Datum očkování proti tetanu, případně dalších očkování (klíš'ová encefalitida, žloutenky, ...):

Alergie:

Návyky (kouření,alkohol,návykové látky) :

Dlouhodobě užívané léky:

Rodinná dispozice (cukrovka, vysoký tlak, onemocnění srdce, nádorová onemocnění...):

Otec - rok narození:Léčí se pro:.....

Zemřel v.....letech na.....

Matka - rok narození:Léčí se pro:.....

Zemřela v.....letech na.....

Sourozenci – pohlaví, rok narození,léčí se pro nějaké závažné onemocnění ?

Datum: _____

Podpis : _____