Dotazník o zdravotním stavu – vstupní/výstupní prohlídka

*Pozn. Týká se všech prohlídek ZPP provedených poprvé lékařem Sawoy CB s.r.o. a výstupních prohlídek*

Veškeré osobní údaje, včetně citlivých údajů (o zdravotním stavu, genetické údaje*,* apod.) se stávají po vyplnění a předání dotazníku součástí zdravotnické dokumentace vedené o zaměstnanci (pacientovi). Tyto informace jsou důvěrné a slouží pouze pro potřeby lékaře závodní preventivní/pracovně lékařské péče jako písemná informace o dosavadním vývoji zdravotního stavu zaměstnance (pacienta) dle §2 písm. e) vyhlášky č. 98/2012 Sb. v platném znění. Sawoy CB s.r.o. s těmito osobními údaji nakládá v souladu s platnými právními předpisy, tj. obecným nařízením GDPR, zákonem č. 101/2000 Sb. v platném znění, zákonem č. 372/2012 Sb. v platném znění a vyhláškou č. 98/2012 Sb. v plat. znění.

**Jméno a příjmení, titul:** ……………………………………………………………………………….

**Rodné číslo**: ………………………………………….. **Telefon:**………………………………………

**Pracovní zařazení:** …………………………….……… **Zdravotní pojišťovna:** ……………………

1. **Vyskytovaly, vyskytují se u některého z Vašich pokrevních příbuzných (rodiče, prarodiče, sourozenci, děti tato onemocnění?**
* tuberkulosa
* cukrovka
* zhoubné nádorové onemocněni (rakovina)
* vysoký krevní tlak
* cévní onemocnění (srdeční infarkt, mozková mrtvice)
* astma
* záněty žil
* onemocnění štítné žlázy
* dědičné nebo vrozené onemocnění
* nejsem si vědom(-a), že by v rodině byla nějaká z uvedených onemocnění
1. **Prodělal(-a) jste některá z těchto onemocnění?**
* záškrt
* zarděnky
* dávivý kašel
* dětská mozková obrna
* spála
* častě angíny
* opakující se záněty průdušek
* opakující se záněty středního ucha
* nejsem si vědom(-a), že bych prodělal(-a) nějaká z uvedených onemocnění
1. **Vyskytly se u Vás problémy s páteří, byl(-a) jste někdy léčen(-a) na rehabilitaci, absolvoval(-a) jste v dětství léčebný tělocvik?**
* NE
* ANO – blíže uveďte (např. vadné držení těla, skolióza): ……………….……………………………….……………………………………………………………

 …………………………………………………………………………………………………………………

1. **Máte v současné době nějaké zdravotní obtíže?**
* NE
* ANO - jaké: …………………………………………………………………………………………………….………

 …………………………………………………………………………………………………………………

1. **Jste v současnosti léčen(-a ) nebo byl (-a ) jste v minulosti léčen (-a ) pro některou z těchto chorob?**
* Infekční choroby (TBC, syfilis, kapavka, virová hepatitida, salmonelóza, infekční mononukleóza a jiné)
* Ortopedie (vadné držení páteře- skolióza, opakované blokády páteře, poruchy hybnosti kloubů, chronické bolesti páteře nebo kloubů, M.Scheuermann)
* Onemocnění srdce a cév (infarkt myokardu, záněty srdečního svalu včetně revmatické horečky, poruchy srdečního rytmu, srdeční nedostatečnost, vrozené nebo získané srdeční vady, kornatění cév-ateroskleróza)
* Onemocnění plicní (astma, chronická bronchitida, rozedma plic, časté virózy či angíny, nevzdušnost plíce)
* Onemocnění nervové (epilepsie, migréna a jiné záchvatovité stavy, poruchy rovnováhy, poškození nervové tkáně, poruchy čití – citlivosti a hybnosti)
* Duševní choroby (deprese, mánie, psychózy, závislost na alkoholu, toxikománie, jiné)
* Onemocnění trávicího systému (vředová choroba žaludku či dvanáctníku, zánětlivé onemocnění střev, častěji se opakující zácpa nebo průjem, jiné)
* Onemocnění jater a žlučových cest (ztukovatění jater-steatóza, žlučníkové koliky, žlučníkové kameny)
* Onemocnění slinivky (chronické záněty a jiné)
* Onemocnění ledvin (chronické záněty, snížení funkce, koliky a jiné)
* Onemocnění močových cest (záněty, kameny v močových cestách a jiné)
* Onemocnění kožní (exémy, zánětlivé nebo plísňové onemocnění kůže)
* Onemocnění oční (zhoršený zrak, poruchy zrakového pole, šedý zákal, zelený zákal, záněty, jiné)
* Onemocnění ušní (zhoršený sluch, chronické záněty středouší, hučení v uších)
* Endokrinologie (onemocnění štítné žlázy, poruchy hladiny tuků, metabolické choroby, dna, jiné)
* Vysoký krevní tlak
* Cukrovka
* ženy: gynekologické onemocnění
* jiné choroby, které chcete lékaři sdělit ústně
* nejsem si vědom(a), že bych byl léčen pro výše uvedená onemocnění
1. **Trpíte alergiemi?**
* NE
* ANO – blíže uveďte:
	+ **na léky** - které: ……………………………………………………………….
	+ **na náplast**
	+ **na jód**
	+ seno, trávy, pyly
	+ roztoči, prach, srst zvířat
	+ potraviny
	+ jiné (uveďte) : ………………………………………………………………………………………..

 Jaké máte projevy alergie ? **podtrhněte**: senná rýma, záněty spojivek, kožní vyrážky, astma

 Jiné ………………………………………………………………………………………….

1. **Jste, nebo byl(a) jste v péči některé ze specializovaných ambulancí?**

**podtrhněte:**  kardiologie, ortopedie, neurologie, kožní, alergologie, diabetologie,

 revmatologie, plicní, infekční, psychiatrie, endokrinologie, onkologie*.*

 Jiné: ……………………………………………………………………

* Nejsem, a nebyl jsem v péči žádné specializované ambulance
1. **Byl (a) jste někdy hospitalizován (a) ? uveďte kdy a s jakým onemocněním**
* NE
* ANO ***– s čím, kdy (rok):*** ……………………………………………………………………
1. **Byl (-a** ) **jste někdy operován (-a ), z jakého důvodu**
* NE
* ANO ***– operace čeho, kdy (rok):*** ……………………………………………………………
1. **Utrpěl (-a) jste někdy vážnější úraz (zlomenina, bezvědomí, amputace atd.)?**
* NE
* ANO ***- jaký,*** ***kdy (rok):*** ……………………………………………………………………
1. **Kouříte?**
* NE
* ANO - uveďte kolik cigaret/den: ………………po dobu kolika let: ……………
1. **Pijete alkohol?**
* NE
* ANO - podtrhněte: **pravidelně – příležitostně – výjimečně**
1. **Užíváte návykové látky - drogy?**
* NE
* ANO - Jaké: …………………………Jak často:…………………………………
1. **Jste nebo byl jste v péči protialkoholní nebo protidrogové poradny?**
* NE
* ANO – blíže uveďte ……………………………………………………………
1. **Řídíte motorové vozidlo?**
* NE
* ANO - uveďte jaké skupiny ŘP vlastníte: ……………………………………….

1. **Muži** — **absolvoval jste základní vojenskou službu?**
* ANO
* NE - bylo to ze zdravotních důvodů? (ano/ne)………………...

 z jakých?..............................................…….……………………………………….

1. **Užíváte v současnosti nějaké léky?**
* NE
* ANO - jaké: ………….………………………………………………….
1. **Jste řádně očkován(-a) proti tetanu?**
* NE
* NEVÍM
* ANO - rok posledního očkování ………….

1. **Jste, nebo byl(-a) jste někdy v částečném nebo plném invalidním důchodu nebo byla Vám přiznána změněná pracovní schopnost nebo choroba z povolání?**
* NE
* ANO - blíže uveďte ………………………………….………………..:…………………
1. **Další skutečnosti, které byste rád (-a) sdělil (-a) lékaři:**

 ………………………………………………………………………………………………………….

1. **Jméno a příjmení, adresa obvodního lékaře, u kterého jste v současné době v evidenci:**

….………………………………………………………………………………………………………

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že podle mého nejlepšího vědomí jsou informace, které jsem uvedl v dotazníku, pravdivé a úplné. Informace, které pokládám za příliš důvěrné či osobní, sdělím lékaři v průběhu zdravotní prohlídky. Jsem si vědom, že zatajením či zfalšováním důležitých informací o svém zdravotním stavu beru na sebe spoluzodpovědnost za případné chybné posouzení mé zdravotní způsobilosti k vykonávané práci. Zejména pak v případech, kdy onemocnění, která jsem neuvedl či úmyslně zatajil, lze prokázat jen specializovanými vyšetřeními, která nejsou součástí zdravotních prohlídek u lékaře závodní preventivní/pracovně lékařské péče.

Datum: …………………… Podpis žáka/zaměstnance: …………………………….…………………….

 Podpis zákonného zástupce žáka mladšího 18. let:………………………….