

**BETEGVIZSGÁLATI KÉRDŐÍV**

NÉV _____	ÉLETKOR _____	Ffi _____	NŐ _____	DÁTUM _____																																																																																																																									
<b>ELŐZŐ BETEGSÉGEK</b>	<b>MUNKAKÖRÜLMÉNYEK</b>																																																																																																																												
<b>GYERMEKKORI BETEGSÉGEK</b> <input type="checkbox"/> Kanyaró <input type="checkbox"/> Mumpsz <input type="checkbox"/> Bárányhimlő <input type="checkbox"/> Fejődési rendellenesség <input type="checkbox"/> Rheumás láz vagy rheumás szívbetegség	Alkalmazásban áll-e?      Főállású _____      Résztidős _____  Legutolsó foglalkozása: _____  _____  Munkahelyi ártalmak _____  _____  _____																																																																																																																												
<b>FELNŐTTKORI BETEGSÉGEK</b> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Magasvérnyomás <input type="checkbox"/> Daganat <input type="checkbox"/> Cukorbetegség <input type="checkbox"/> Szívritmuszavar <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Pajzsmirigybetege <input type="checkbox"/> Vesebetegség <input type="checkbox"/> Májbetegség <input type="checkbox"/> Vérképzőszervi betegs. <input type="checkbox"/> Nemibetegség <input type="checkbox"/> Szívelégtelenség <input type="checkbox"/> Szívinfarktus <input type="checkbox"/> Gyomor v. nyombél-betegség (fekély v. gyulladás) <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ Kapott-e valaha vérátömlesztést?      Nem      Igen Ha igen, mikor: _____ Tartós kórházi kezelésben részesült-e ill. volt-e valamilyen betegség miatt hosszantartó kezelése?      Nem      Igen Ha igen, mikor, mi miatt, mennyi ideig? _____ _____	Betegség miatti munkahelyi távollét eddig összesen az elmúlt 6 hónapban _____ 1 évben _____ 5 évben _____  Iskolai végzettség: _____																																																																																																																												
Védőoltások: Ha igen, mikor (év): Hepatitis B _____ (dátum)      Influenza elleni _____ (dátum) Pneumococcus ellen _____ (dátum)      Tetanusz _____ (dátum) Kullancsencephalitis _____ (dátum)      Egyéb _____ (dátum)	<b>CSALÁDTAGOK</b>																																																																																																																												
<b>MŰTÉTEK</b> Történt-e valaha valamilyen műtéti beavatkozás?      Nem      Igen Lista: <input type="checkbox"/> Vakbélműtét <input type="checkbox"/> Méheltávolítás (Ha igen, miért? _____) <input type="checkbox"/> Nőgyógyászati műtét (petefészek-eltávolítás) <input type="checkbox"/> Ízületi beavatkozás, protézis <input type="checkbox"/> Epehólyag eltávolítás <input type="checkbox"/> Bypass (Ha igen, miért? _____) <input type="checkbox"/> Mandulaműtét <input type="checkbox"/> Egyéb _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;"></th> <th style="width:10%;">Életkor</th> <th style="width:15%;">Él. egészséges vagy Betegség</th> <th style="width:15%;">Elhunyt (életkor)</th> <th style="width:10%;">Halálok</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Édesapa</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Édesanya</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Testvér</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Házastárs</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Gyermekek</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>					Életkor	Él. egészséges vagy Betegség	Elhunyt (életkor)	Halálok	Édesapa					Édesanya					Testvér																									Házastárs					Gyermekek																																																																											
	Életkor	Él. egészséges vagy Betegség	Elhunyt (életkor)	Halálok																																																																																																																									
Édesapa																																																																																																																													
Édesanya																																																																																																																													
Testvér																																																																																																																													
Házastárs																																																																																																																													
Gyermekek																																																																																																																													
<b>ALLERGIA:</b>																																																																																																																													
_____ _____ _____																																																																																																																													
<b>GYÓGYSZEREK:</b>																																																																																																																													
_____ _____ _____																																																																																																																													
<b>SÉRÜLÉSEK:</b>																																																																																																																													
Volt-e autóbalesete, melyben súlyosabban sérült?      Nem      Igen Volt-e eszméletvesztéssel járó autóbalesete?      Nem      Igen Volt-e valaha fejsérülése?      Nem      Igen																																																																																																																													
<b>SZOCIÁLIS KÖRÜLMÉNYEK:</b>																																																																																																																													
Egyedülálló      Nős/férjezett      Házastársától külön él Elvált      Özvegy      Egyéb  Kivel él? _____  Az elmúlt évben járt-e külföldön?      Nem      Igen Ha igen, hol? _____																																																																																																																													
<b>FOGYASZTÁSI SZOKÁSOK:</b>																																																																																																																													
Kávé _____      Tea _____      Cola _____  Alkohol fogyasztás <input type="checkbox"/> Absztinens <input type="checkbox"/> < 1/hét <input type="checkbox"/> 1-5 alkalommal hetente      Egyéb _____  Dohányzás <input type="checkbox"/> Soha nem dohányzott <input type="checkbox"/> Leszokott _____ év <input type="checkbox"/> alkalmi dohányos <input type="checkbox"/> _____ évet dohányzott, ekkor _____ szál/nap	<b>CSALÁDI ANAMNESIS</b>																																																																																																																												
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%;">Édesanya</th> <th style="width:10%;">Édesapa</th> <th style="width:10%;">Testvérek</th> <th style="width:10%;">Gyerekek</th> <th style="width:10%;">Anyai nagymama</th> <th style="width:10%;">Anyai nagypapa</th> <th style="width:10%;">Apai nagymama</th> <th style="width:10%;">Apai nagypapa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Mozgásszervi betegség</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Autoimmun betegség</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Daganatos betegség</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Koszorúérbetegség</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Cukorbetegség</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Genetikai betegség</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Zsírsanyagcsere zavar</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Magasvérnyomás</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Agyérgörcs</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Vérzékenység/Vérzés</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Pszichiátriai betegség, öngyilkosság</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Egyéb</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>									Édesanya	Édesapa	Testvérek	Gyerekek	Anyai nagymama	Anyai nagypapa	Apai nagymama	Apai nagypapa	Mozgásszervi betegség									Autoimmun betegség									Daganatos betegség									Koszorúérbetegség									Cukorbetegség									Genetikai betegség									Zsírsanyagcsere zavar									Magasvérnyomás									Agyérgörcs									Vérzékenység/Vérzés									Pszichiátriai betegség, öngyilkosság									Egyéb								
	Édesanya	Édesapa	Testvérek	Gyerekek	Anyai nagymama	Anyai nagypapa	Apai nagymama	Apai nagypapa																																																																																																																					
Mozgásszervi betegség																																																																																																																													
Autoimmun betegség																																																																																																																													
Daganatos betegség																																																																																																																													
Koszorúérbetegség																																																																																																																													
Cukorbetegség																																																																																																																													
Genetikai betegség																																																																																																																													
Zsírsanyagcsere zavar																																																																																																																													
Magasvérnyomás																																																																																																																													
Agyérgörcs																																																																																																																													
Vérzékenység/Vérzés																																																																																																																													
Pszichiátriai betegség, öngyilkosság																																																																																																																													
Egyéb																																																																																																																													

**SZERVRENDSZEREK ÁTTEKINTÉSE**

<b>ÁLTALÁNOS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA:</b>		<b>Nyak:</b>	
Legnagyobb testsúlya volt: _____ Jelenlegi testsúlya: _____		feszes.....Nem Igen	
A közelmúltban volt-e súlyváltozás:..... Nem Igen		megnagyobbodott nyirokcsomók, mirigyek .....Nem Igen	
Hogy ítélné meg általános egészségi állapotát? <input type="checkbox"/> kiváló <input type="checkbox"/> jó <input type="checkbox"/> elfogadható <input type="checkbox"/> rossz az elmúlt időben volt-e?		<b>Urológia</b>	
<input type="checkbox"/> gyengeség <input type="checkbox"/> láz <input type="checkbox"/> hidegrázás <input type="checkbox"/> éjjeli izzadás		incontinencia.....Nem Igen	
<input type="checkbox"/> ájulás(érzés) <input type="checkbox"/> alvászavar		véres vizelet.....Nem Igen	
<b>Bőr:</b>		gyakori vizelés .....Nem Igen	
Bőrbetegség.....Nem Igen		fájdalmas vizelés .....Nem Igen	
Sárgaság.....Nem Igen		éjszakai vizelés .....Nem Igen	
Kiütés, ekzema vagy bőrpír .....Nem Igen		vesetáji panaszok.....Nem Igen	
<b>Fej-szem-orr-garat:</b>		problémák a vizeletürítés indításakor/befejezésékor .....Nem Igen	
szem/száj szárazság.....Nem Igen		here-táji fájdalom.....Nem Igen	
inyvzés- gyakori vagy folyamatos .....Nem Igen		prostatata-probléma.....Nem Igen	
homályos látás.....Nem Igen		szexuális zavarok.....Nem Igen	
utolsó szemészeti vizsgálat ideje: _____		nemi betegség / AIDS.....Nem Igen	
orvládék, tüszentes.....Nem Igen		<b>Nőgyógyászat</b>	
gyakori orrvzés.....Nem Igen		az utolsó ciklus első napja: _____	
krónikus melléküreg-gyulladás(ok).....Nem Igen		első menstruáció ideje _____	
fülsészeti problémák.....Nem Igen		hány naposak a ciklusai: _____ nap	
halláscsökkenés.....Nem Igen		ciklusok gyakorisága: (28 nap?) _____ nap	
szédülés (forgó).....Nem Igen		fájdalmas vérzés (dysmenorrhoea) .....Nem Igen	
gyakori vagy súlyos fejfájás.....Nem Igen		terhességek száma: _____	
<b>Légzőrendszer:</b>		szülések száma: _____	
asthma, sípólás.....Nem Igen		abortusok száma _____	
légzési nehézség.....Nem Igen		utolsó méhnyak-szűrés és eredménye _____	
tüdőbetegség.....Nem Igen		utolsó mammográfiás szűrés és eredménye _____	
tüdő/mellhártya gyulladás.....Nem Igen		csomó az emlőben .....Nem Igen	
vérköpés.....Nem Igen		hüvelyi váladékozás.....Nem Igen	
<b>Szív és érrendszer:</b>		fájdalmas aktus.....Nem Igen	
mellkasi fájdalom, nyomásérzés .....Nem Igen		emlő elszíneződése.....Nem Igen	
légszomj (terhelésre).....Nem Igen		emlőbimbó visszahúzódása.....Nem Igen	
légszomj (nyugalomban) .....Nem Igen		<b>Mozgásszervek:</b>	
100m séta sík terepen problémát jelent-e?.....Nem Igen		izületi merevség/fájdalom:	
szívdobogásérzés.....Nem Igen		<input type="checkbox"/> ujjak <input type="checkbox"/> kéz <input type="checkbox"/> csukló <input type="checkbox"/> könyök <input type="checkbox"/> váll <input type="checkbox"/> nyak <input type="checkbox"/> hát	
kéz/láb dagadás.....Nem Igen		<input type="checkbox"/> csípő <input type="checkbox"/> térd <input type="checkbox"/> boka <input type="checkbox"/> lábujj <input type="checkbox"/> állkapocs-izület	
ébredt-e már fel éjszaka arra, hogy fullad?.....Nem Igen		izom- vagy izületi gyengeség.....Nem Igen	
szívzörej.....Nem Igen		járáskor fellépő problémák.....Nem Igen	
<b>Emésztőrendszer:</b>		jelentkezik-e járáskor fájdalom a vádlikban vagy fartájékon? .....Nem Igen	
hányinger/hányás: (ételt vagy vért) .....Nem Igen		pihenésre ez a fájdalom csökken?.....Nem Igen	
epehólyag betegség.....Nem Igen		<b>Neuro-Psichiátria</b>	
megváltozott-e az étvágya?.....Nem Igen		<input type="checkbox"/> átmeneti látásvesztés <input type="checkbox"/> kézremegés	
májgyulladás/sárgaság.....Nem Igen		<input type="checkbox"/> ujj-zsibbadás <input type="checkbox"/> kéz-gyengeség	
fájdalmas székletürítés .....Nem Igen		volt valaha ideg/elmegyógyászati vizsgálata? .....Nem Igen	
vérszékelés .....Nem Igen		volt-e valaha/van-e ájulással járó rosszulléte? .....Nem Igen	
szurokszéket.....Nem Igen		epilepszia, görcsök .....Nem Igen	
aranyér.....Nem Igen		bénulás.....Nem Igen	
székletváltozás.....Nem Igen		mozgás-koordinációs zavar .....Nem Igen	
gyakori hasmenés.....Nem Igen		kezelték-e depresszióval? .....Nem Igen	
gyomorégés.....Nem Igen		vannak-e öngyilkos kísérletei?.....Nem Igen	
teltségérzés, puffadás .....Nem Igen		<b>Vérképzőszervek:</b>	
görcsök .....Nem Igen		lassabb sebgyógyulás.....Nem Igen	
nyelési nehézség.....Nem Igen		vérszegénység .....Nem Igen	
<b>Endokrinológia</b>		vényagyulladás, thrombosis .....Nem Igen	
hormonkezelés.....Nem Igen		előfordult-e véralvadási zavar (erős és elhúzódó vérzés)	
kalap vagy kesztyű mérete változott-e? .....Nem Igen		Pl. foghúzáskor, kis sérüléseknél, műtétékkor? .....Nem Igen	
hajzat megváltozott-e? .....Nem Igen			
fázósabb, mint korábban? .....Nem Igen			
szárazabb-e a bőre, mint korábban?.....Nem Igen			

Az információ forrása, amennyiben az nem maga a beteg (heteroanamnesis): \_\_\_\_\_

Adatlapot kitöltő személy

Dátum

Beteg aláírása