

VPRAŠALNIK – ANAMNEZA (prosimo, da odgovorite na naslednja vprašanja)

Priimek in ime: _____ datum rojstva: _____

Telefonska številka (službena in GSM): _____

Naslov bivališča: _____

Ime in lokacija izbranega osebnega zdravnika: _____

e- naslov: _____

Delovna anamneza:

Izobrazba: _____

Delovno mesto: _____

Delovna doba: skupna: _____ let pri sedanjem delodajalcu: _____ let

na sedanjem delovnem mestu: _____ let

Naštej dosedanje zaposlitve (ime podjetja, delovno mesto in trajanje zaposlitve):

Delovni čas: ☐ ena izmena ☐ dve izmeni (dopoldan, popoldan) ☐ po 12 ur skupaj
☐ tri izmene (dopoldan, popoldan, ponoči) ☐ drugo: _____

Zadovoljstvo pri delu: ☐ zelo zadovoljen ☐ zadovoljen ☐ srednje zadovoljen
☐ nezadovoljne ☐ zelo nezadovoljen

Družinska anamneza:

Ali so bila v vaši družini (pri starših, bratih, sestrah) prisotna naslednje bolezni (podčrtajte):

zvišan krvni tlak, sladkorna bolezen, rakaste tvorbe, srčna kap, alergije, astma, duševne bolezni, epilepsija, živčno mišične bolezni, bolezni ven, bolezni ščitnice?

Stara starša živa? Oče Da/ ne Mama da/ne

Socialna anamneza:

1. Zakonski stan ☐ samski ☐ poročen ☐ izven zakonska skupnost
☐ razvezan ☐ vdovec
2. Otroci ☐ brez otrok preskrbljeni otroci _____, nepreskrbljeni otroci _____
3. Zaposlitev ☐ zaposlen ☐ nezaposlen
4. Stanovanje ☐ primerno ☐ zadovoljivo ☐ neprimerno
5. Številko obrokov na dan _____

Razvade:

1. Kajenje ☐ ne kadim ☐ prenehal kaditi pred _____ leti ☐ kadim dnevno _____ cigaret; let _____

2. Uživanje alkoholnih pijač

Kako pogosto ste v zadnjih mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol

☐ nikoli ☐ 1 krat na mesec ali manj ☐ 2-4 krat na mesec
☐ 2-3 krat na teden ☐ 4 krat ali večkrat na teden

Koliko meric pijače, ki vsebuje alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih običajno popili takrat, ko ste pili (1 merico predstavlja 1 dcl vina ali 2,5 dcl piva ali 0,3 dcl žgane pijače)

☐ pol ali 1 merica ☐ 2 merici ☐ 3 ali 4 merice ☐ 5 ali 6 meric ☐ 7 meric ali več

3. Uživanje prepovedanih drog ☐ NE ☐ DA, katere _____

Rekreativna dejavnost (v trajanju vsaj 20 – 30 minut): vrsta: _____

☐ Redno (3 – 5 krat tedensko) ☐ Občasno (kolikokrat) _____ ☐ Nikoli

Osebná anamneza:

Imate težave z očmi, slabim vidom?	NE	DA	_____
Imate težave z ušesi, naglušnostjo?	NE	DA	_____
Imate bolezn srca ali ožilja?	NE	DA	_____
Imate povišan krvni tlak?	NE	DA	_____
Imate sladkorno bolezen?	NE	DA	_____
Imate bolezn štítnice?	NE	DA	_____
Imate bolezn dihal ali astmo?	NE	DA	_____
Imate alergije?	NE	DA	_____
Imate bolezn kože?	NE	DA	_____
Imate bolezn prebavil, jeter?	NE	DA	_____
Imate težave z gibali (hrbtenica, sklepi)?	NE	DA	_____
Imate pogoste glavobole, vrtoglavice?	NE	DA	_____
Imate bolezn živčevja?	NE	DA	_____

Kakšen je vaš menstrualni cikel? (reden, nereden, menopavza, ni) _____

Datum zadnje menstruacije? _____

Ali imate kakršne koli psihične težave? NE DA _____

Ali ste zaradi psihičnih težav kdaj iskali pomoč pri izbranem osebnem zdravniku, psihologu ali psihiatru?

	NE	DA	_____
Redno jemljete kakšna zdravila?	NE	DA	_____

Katera? _____

Imate katere druge bolezn? _____

Ste se v zadnjem času zdravili pri osebnem zdravniku? NE DA Vzrok? _____

Ste bili v zadnjem letu v bolniškem staležu? NE DA Vzrok? _____

Trajanje bolniškega staleža: _____

Ali ste imeli kdaj motnje zavesti? NE DA Okoliščina? _____

Ste se kdaj zdravili zaradi epilepsije (božjasti)? NE DA _____

Kdaj ste imeli zadnji napad? _____

Ste se kdaj zdravili zaradi bolezn odvisnosti? NE DA Kdaj? _____

Vrsta odvisnosti ☐ alkohol ☐ mamila ☐ drugo: _____

Ste se kdaj zdravili v bolnišnici? NE DA Kdaj in zakaj? _____

Ste bili kaj operirani? NE DA Kdaj in zakaj? _____

Ste bili kdaj huje poškodovani? NE DA Kdaj in vrsta poškodbe? _____

Ali ste bili kdaj obravnavani na invalidski komisiji? NE DA

Kdaj in razlog: _____

Priznana kategorija, od kdaj, katere omejitve? _____

Opravljená cepljenja: cepljenja v otroštvu po obveznem programu NE DA

Druga cepljenja: _____

Ali imate kakršne koli zdravstvene težave, ki vas ovirajo pri opravljanju dela: _____

S podpisom potrjujem resničnost odgovorov!

Datum: _____

Podpis: _____