

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: _____

Delovna anamneza:

Izobrazba: _____

Delovno mesto: _____

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

na sedanjem delovnem mestu: _____ let

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

Sta starša živa? Oče _____ Mama _____

Socialna anamneza:

1. Zakonski stan samski poročen izvenzakonska 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

Osebna 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 štčitnice? NE DA _____
Imate bolezn dihala 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? _____

Opravljena 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: _____