ANAMNÉZIS LAP

Kedves Betegünk! Az Ön biztonságos kezelésének érdekében kérjük, segítse munkánkat az alábbi formanyomtatvány kitöltésével.

Név:_____Szül. idő: _____TAJ:_____

Anyja neve:_____

	Igen	Nem
1. Áll-e jelenleg orvosi kezelés alatt?	☐	☐
Ha igen, milyen kezelés alatt? _____		
2. Volt-e valaha súlyos betegsége vagy műtétje?	☐	☐
Ha igen, milyen betegség vagy műtét? _____		
3. Szed-e rendszeresen gyógyszert?	☐	☐
Ha igen, melyiket? _____		
4. Szedett-e az utóbbi napokban valamilyen gyógyszert?	☐	☐
Ha igen, milyen gyógyszert? _____		
5. Van/volt-e valamilyen daganatos megbetegedése?	☐	☐
Ha igen, milyen és mikor? _____		
6. Részesült-e kemoterápiás kezelésben?	☐	☐
Ha igen, mikor? _____		
7. Részesült-e sugárterápiás kezelésben?	☐	☐
Ha igen mikor és melyik testrész? _____		
8. Tud-e fertőző betegségéről? (HIV/AIDS, Hepatitis, Covid 19, Influenza, TBC, Herpes stb.)	☐	☐
Ha igen melyik betegség? _____		

	Igen	Nem
9. Van-e zöldhályog a szemén (glaukoma)?	☐	☐
10. Van-e szívritmus szabályozója(pacemaker)?	☐	☐
11. Szenved-e szív-érrendszeri megbetegedésben?	☐	☐
12. Van-e magas/alacsony vérnyomása?	☐	☐
Ha igen, szed-e rá gyógyszert és milyet? _____		
13. Szükséges-e antibiotikum védelem kezelés előtt vagy után?	☐	☐
14. Előfordul-e nehézlégzés csekély megterhelésre?	☐	☐
15. Van-e csontritkulása? Szed-e bisphosphonatot? (pl. Fosomax, Bonefos, Alendis, Alendronat, Bonviva, stb.)	☐	☐
16. Volt-e vérzékenységi problémája?	☐	☐
17. Szed-e véralvadásgátlót, vérhigítót? (Astrix, Plavix, Syncumar, Marfarin, Aspirin, Ticlid, Ipaton, stb.)	☐	☐
18. Volt-e korábban a normálistól eltérő vérképe?	☐	☐
Ha igen, mikor? Milyen?		
19. Kapott-e vérátömlesztést?	☐	☐
Ha igen, mikor? Miért? _____		
20. Van-e valamilyen allergiája?	☐	☐
Ha igen, mire? _____		
21. Tud-e valamilyen fémallergiáról?	☐	☐
Ha igen, melyik fémre? _____		
22. Ékszerektől kipirosodik-e a bőre?	☐	☐
23. Van-e latexallergiája?	☐	☐
24. Van-e ekzemája?	☐	☐

	Igen	Nem
25. Volt-e szokatlan reakciója érzéstelenítőszerekre, altatószerekre,gyógyszerekre?	☐	☐
Ha igen, mire? _____		
26. Van-e cukorbetegsége?	☐	☐
Ha igen, melyik típusú? _____		
27. Van-e szájszárazsága?	☐	☐
28. Csikorgatja-e, szorítja-e a fogait?	☐	☐
29. Diétázik-e?	☐	☐
Ha igen milyen okból? _____		
30. Volt/van-e epepanasza, májbetegsége, sárgasága?	☐	☐
Ha igen, milyen okból? _____		
31. Van/volt-e tüdőbetegsége?	☐	☐
Milyen? _____		
32. Volt/van-e asthmája?	☐	☐
33. Van-e reumás vagy egyéb ízületi megbetegedése?	☐	☐
34. Van-e pajzsmirigyműködési rendellenessége?	☐	☐
35. Szenved-e idegrendszeri megbetegedésben?	☐	☐
Ha igen, miben? _____		
36. Állt/ áll-e pszichiátriai kezelés alatt?	☐	☐
Mi okból? _____		
37. Dohányzik-e?	☐	☐

38. Fogyaszt-e rendszeresen alkoholt? _____

	Igen	Nem
39. Van-e olyan panasza, rendellenessége, ami nem lett felsorolva?	☐	☐
Ha igen, milyen? _____		
40. Hölgyeknél: Várandós-e?	☐	☐

Telefonszám: _____

E-mail cím: _____

Dátum: _____

Beteg aláírása: ..... Kezelőorvos aláírása:.....