

Vážená paní, vážený pane

Dostáváte se do péče obezitologické ambulance. Cílem naší péče je předcházet, diagnostikovat a správně léčit i komplikace, kterými jste nyní i v budoucnu ohroženi.

Před prvním vstupním vyšetřením je pro nás důležité, abychom o Vás zjistili co nejvíce informací. Proto Vás prosíme o pečlivé vyplnění dotazníku. Na první návštěvu byste s sebou měli přinést **podrobný jídelníček** (min. 7-10 denní).

Veškeré Vámi poskytnuté informace jsou důvěrné a jsou součástí lékařského tajemství. Tento dotazníček Vám bude sloužit jako vodítko při prvním pohovoru s Vaším lékařem.

Identifikační a kontaktní údaje:

Příjmení : Jméno :

Datum narození:

Telefon (mobil) : E-mail :

Rodinná anamnéza:

(Informace o zdravotním stavu příbuzných (pokrevních), tj. rodičů, sourozenců a dětí, i v případě, že již nežijí)

Léčil se někdo na **cukrovku** ? Ne Ano Kolik členů ?

Měl někdo **onemocnění srdce**, kterému říkám ischemická choroba srdeční ?

(Tj. Infarkt, angina pectoris, atd?)

Ne Ano Kolik členů ?

Vyskytlo se toto onemocnění u někoho před 50. rokem věku ?

Léčí se někdo na **vysoký krevní tlak** ? Ne Ano Kolik členů ?

Vyskytlo se u některého člena rodiny **rakovinné onemocnění** (zhoubný nádor)?

Ne Ano Jaké ?

Osobní anamnéza: (Informace o Vašem zdravotním stavu)

Léčíte se s některým z níže uvedených onemocnění ?

Diabetes mellitus (cukrovka) Ne Ano Od kterého roku ?

Vysoký krevní tlak Ne Ano Od kterého roku ?

Onemocnění srdce? Ne Ano Od kterého roku ?

Jaký druh onemocnění srdce? (infarkt, angina pectoris, poruchy srdečního rytmu, aj.)

DNA(kyselina močová) Ne Ano Od kterého roku ?

Vysoký cholesterol: Ne Ano Od kterého roku ?

Onemocnění štítné žlázy: Ne Ano Od kterého roku ?

Jiná onemocnění:

Druh : Od kterého roku ?

Druh : Od kterého roku ?

Druh : Od kterého roku ?

Druh : Od kterého roku ?

Druh : Od kterého roku ?

Prodělané operace:

Rok: Druh operace:

Rok: Druh operace:

Rok: Druh operace:

Rok: Druh operace:

Rok: Druh operace:

Rok: Druh operace:

Prodělané úrazy nebo zlomeniny:

Rok: Druh operace:

Rok: Druh operace:

Rok: Druh operace:

Gynekologická anamnéza (ženy)

Menstruace: od kolika let ?

Přechod (klimakterium) Ne Ano Od kterého roku ?

Těhotenství: Ne Ano Kolik porodů ? Potraty: Ne Ano Kolik ?

Hormonální léčba: Ne Ano Antikoncepce -jaká ?

Ano po přechodu - jaká ?

Léky, které pravidelně užíváte:

Název léku: uved'te název, včetně síly (mg) např. Siofor 1000 mg Dávkování: např. 1-0-0

Název léku:		Dávkování:	
Název léku:		Dávkování:	
Název léku:		Dávkování:	
Název léku:		Dávkování:	
Název léku:		Dávkování:	
Název léku:		Dávkování:	
Název léku:		Dávkování:	
Název léku:		Dávkování:	
Název léku:		Dávkování:	
Název léku:		Dávkování:	
Název léku:		Dávkování:	

Pracovní a sociální anamnéza:

Jaké máte zaměstnání?

Typ zaměstnání: Sedavé (kancelářská práce, apod.) Fyzicky náročné

Jste v důchodu? Ne Ano Starobní / Invalidní?

Žijete: s rodinou / Sám

Současné onemocnění = obezita (nadváha)

Vaše aktuální váha: Vaše výška:

Vaše váha při narození kg; Vaše maxim. váha: kg kdy?

Co vidíte jako hlavní příčinu Vašeho vzestupu váhy?

(Můžete zatrhnout více možností)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> zvýšená chuť k jídlu, přejídání | <input type="checkbox"/> málo pohybu |
| <input type="checkbox"/> těhotenství | <input type="checkbox"/> přechod (klimakterium) |
| <input type="checkbox"/> změna v rodině (manželství) | <input type="checkbox"/> stres (doma, v práci) |
| <input type="checkbox"/> změny zaměstnání | <input type="checkbox"/> vojenská služba |

léky. Jaké ?

Jiná příčina: Jaká ?

Co je pro Vás hlavní **motivací k hubnutí**?

být zdravý dobře vypadat přeje si to můj lékař

jiný důvod. Jaký ?

Zkoušeli jste někdy hubnout ? Ne Ano

O kolik kg jste zhubli nejvíce ?

Za jak dlouho ?

Užívali jste nějaké léky na hubnutí? (Meridia, Lindaxa, Xenical, Adipex, apod.)

Ne Ano Jaké ?

Kdy ?

Jaké ?

Kdy ?

Užívali jste nějaké „zázračné“ volně prodejné prostředky na hubnutí?

Ne Ano Jaké ?

Kdy ?

Jaké ?

Kdy ?

Jídelní zvyklosti

Kolikrát denně jíte ?

Snídáte? Ne Ano

Pravidelná strava ? Ne Ano

Svačiny ? Ne Ano

Trpíte hladu ve dne? Ne Ano

V noci ? Ne Ano

V kolik hodin večer jíte naposledy?

Kdy chodíte spát?

Které jídlo považujete za hlavní ?

snídane

oběd

večeře

Sladíte nápoje? Ne Ano: cukrem Ano: sladilem Jakým?

Pohybová aktivita

Sportujete ? Ne Ano - občas Ano - pravidelně

Kterému sportu se věnujete nejčastěji ?

Jak často ?