**Čestné prohlášení o zdravotním stavu**

Já níže podepsaný/á, čestně prohlašuji, že jsem nezamlčel/a žádné informace o svém zdravotním stavu a jsem si vědom/a následků v případě poskytnutí neúplných či nepravdivých informací, za což nesu plnou odpovědnost.

**Jméno a příjmení:** ............................................

**Bydliště:** ............................................

**Datum narození:** ............................................

**Zdravotní pojišťovna:** …………………………………………

**Výška:**  …………………. cm

**Hmotnost:**  …………………. kg

*Zvolené odpovědi na následující otázky prosím zakroužkujte.*

**1) Byl/a jste v poslední době (1/2 roku) v lékařské péči?**

 ANO NE

***Z důvodu, jakého onemocnění?***

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**2)Otázka pro pacienty ženského pohlaví. Jste těhotná?**

 ANO NE NEVÍM/MOŽNÁ

***Pokud ano, uveďte, ve kterém týdnu.***

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3**)**Užíváte nějaké léky?**

 ANO NE

***Pokud ano, uveďte jaké (i proti bolesti, na nespavost, hormonální antikoncepci, projímadla apod.)***

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4) Máte alergii (přecitlivělost) na nějaký lék nebo cokoli jiného?**

 ANO NE

***Pokud ano, tak uveďte, na co a jak se Vaše alergie projevuje.***

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**5) Kouříte?**

 ANO NE

***Pokud ano, kolik cigaret denně a kolik let kouříte?***

……………/den ………….. roků.

**6) Pijete pravidelně alkohol?**

 ANO NE

***Pokud ano, uveďte, jaký a jaké množství a v jaké frekvenci.****(Např. denně 2 piva; týdně 4 dcl vína;..)*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**7) Jste navyklý/á na určité léky (či drogy, opiáty)?**

 ANO NE

***Pokud ano, uveďte, jaké a jaké množství a v jaké frekvenci je užíváte?***

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**8)Máte za sebou nějaké operace?**

 ANO NE

***V případě, že ano, uveďte jaké:***

a) ............................................................................................. v roce: ................

b)............................................................................................. v roce: ................

c) .............................................................................................. v roce: ...............

**9) Trpěl/a jste nebo trpíte některými z následujících onemocnění či obtíží? Pokud je konkrétní onemocnění uvedeno, prosím zakroužkujte ho:**

* Onemocnění svalů, svalová slabost u Vás či pokrevníchpříbuzných
* Onemocnění plic a dýchacích cest (např. tuberkulóza,zaprášení plic, zánět plic, emfyzém, astma, chronickábronchitida)
* Onemocnění srdce (např. srdeční infarkt, angina pectoris,srdeční vada, dechové obtíže při chůzi do schodů do prvníhopatra, zánět srdečního svalu, poruchy srdečního rytmu,kardiostimulátor)
* Onemocnění krevního oběhu a cév (např. vysoký nebo nízkýkrevní tlak, poruchy prokrvení, křečové žíly, trombóza)
* Onemocnění jater (např. žloutenka, ztvrdnutí jater)
* Onemocnění ledvin (např. zánět ledvin, ledvinné kameny,porucha funkce ledvin s nutností omezení příjmu tekutin nebodialýzy)
* Nemoci látkové výměny (např. cukrovka, dna, obezita)
* Onemocnění štítné žlázy (např. vole)
* Onemocnění očí (např. šedý nebo zelený zákal)
* Onemocnění nervového systému (epilepsie, obrny nervů aj.)
* Duševní onemocnění (deprese aj.)
* Onemocnění kosterního systému (např. poškození páteře,onemocnění kloubů)
* Nádorové onemocnění
* Poruchy krevní srážlivosti (zvýšené krvácení, snadná tvorbamodřin)

Očkování tetanu:

Jiná očkování:

*Datum:* ……………………………………….

.............................................

*podpis pacienta nebo jeho zákonného zástupce*