

# DOTAZNÍK PACIENTA KE STOPOVÉ ANALÝZE PRVKŮ

Účelem tohoto dotazníku je zjištění životního stylu, včetně subjektivních a objektivních poruch zdraví. Nenahrazuje podrobnou lékařskou anamnézu a lékařské vyšetření. Umožňuje však podrobněji zjistit stav výživy a přijmout příslušná preventivní opatření zamezující, resp. minimalizující vznik řady onemocnění.

DOTAZNÍK VYPLŇTE, PROSÍM, TISKACÍM PÍSMEM.  
Vybraná polička označte "x"

Údaje o pacientovi nezbytné k provedení analýzy:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
jméno	příjmení	PSČ	telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
stát	věk	výška	váha
		krevní skupina	

Pohlaví:  žena,  muž

Adresa pro zaslání výsledků analýzy:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
jméno	příjmení	
<input type="text"/>		
ulice, číslo domu, číslo bytu		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
obec	PSČ	stát

UPOZORNĚNÍ: K VYŠETŘENÍ JSOU NEZBYTNÉ NEBARVENÉ VLASY!

Žádám o laboratorní výsledek v:  polštině,  češtině,  slovenštině,  ruštině,  ukrajinštině,  němčině,  angličtině,  
 francouzštině,  rumunštině.

Upozornění: Do ceny vyšetření je započtena pouze jedná jazyková verze. Další jazyková verze je zaslána za poplatek dle ceníku.

Vyšetření:  první,  následné:

Těhotenství:  měsíc:

Vyšetření doporučuji jako:  preventivní,  v rámci rehabilitace,  podpůrná terapie,  doplňková výživa pro sportovce

Diagnostikovaná onemocnění:	ano	Diagnózy:	ano	Klinické projevy:	ano
Kostní a svalové soustavy	<input type="checkbox"/>	Osteoporóza (řídnutí kostí)	<input type="checkbox"/>	Bolesti:	
Srdečně-cévní	<input type="checkbox"/>	Revmatoidní artritida	<input type="checkbox"/>	- kloubů	<input type="checkbox"/>
Trávicí soustavy	<input type="checkbox"/>	Infarkt myokardu (srdeční infarkt)	<input type="checkbox"/>	- svalů	<input type="checkbox"/>
Vylučovací soustavy	<input type="checkbox"/>	Křečové žíly	<input type="checkbox"/>	Rychlá únava	<input type="checkbox"/>
Nervové soustavy	<input type="checkbox"/>	Vředová choroba žaludku	<input type="checkbox"/>	Pálení žáhy	<input type="checkbox"/>
Hormonální	<input type="checkbox"/>	Onemocnění střev	<input type="checkbox"/>	Nadýmání	<input type="checkbox"/>
Hypofunkce štítlé žlázy	<input type="checkbox"/>	Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	Zácpa	<input type="checkbox"/>
Dýchací soustavy	<input type="checkbox"/>	Albinismus	<input type="checkbox"/>	Průjem	<input type="checkbox"/>
Kožní	<input type="checkbox"/>	Lupenka	<input type="checkbox"/>	Časté močení	<input type="checkbox"/>
Alergická	<input type="checkbox"/>	Roztroušená skleróza	<input type="checkbox"/>	Bolestivost při močení	<input type="checkbox"/>
Gynekologická	<input type="checkbox"/>	Parkinsonova choroba	<input type="checkbox"/>	Akné	<input type="checkbox"/>
<b>Rodinná anamnéza</b>		Autismus	<input type="checkbox"/>	Plešatění	<input type="checkbox"/>
		Alergie	<input type="checkbox"/>	- androgenní	<input type="checkbox"/>
<b>Nádorová onemocnění</b>	<input type="checkbox"/>	Novotvar	<input type="checkbox"/>	Lámavost nehtů	<input type="checkbox"/>
<b>Diabetes mellitus</b>	<input type="checkbox"/>	Zbytnění prostaty	<input type="checkbox"/>		
<b>Srdečně-cévní onemocnění</b>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus: typ: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Psychická onemocnění</b>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>		
		Jaterní choroby	<input type="checkbox"/>		

UPOZORNĚNÍ! Dotazník může být vyplněn pouze se souhlasem pacienta! Kopírování celku nebo částí není přípustné!

Tento dokument není nabídkou ve smyslu čl. 66 §1 Občanského zákoníku.

**UPOZORNĚNÍ:** Označte křížkem okénko **ano** nebo **ne**. V případě nejednoznačné odpovědi zaškrtněte **ano** a také **ne**.

<b>Somatické a psychosomatické projevy</b>	<b>ano</b>	<b>ne</b>	<b>Reakce na stres</b>	<b>ano</b>	<b>ne</b>
Častý pocit únavy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jsem často agresivní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruchy soustředění	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ze všeho si dělám starosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruchy paměti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jsem přecitlivělý/á	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruchy s usínáním	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Často trpím strachy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probouzení se během noci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mám sklon k depresi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pocit kontinuální nebo časté nervozity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Časté bolesti hlavy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Životní styl</b>	<b>ano</b>	<b>ne</b>
Závratě	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hodně pracuji (více než 8 hod. denně)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruchy zraku (mžítka, slzení, pálení očí)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Často pracuji do nočních hodin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Křeče	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Často konzumuji alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Srdeční arytmie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kouřím cigarety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchost pokožky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Žiji v neustálém stresu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mastná kůže	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Potíže s učením	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Výživa</b>	<b>ano</b>	<b>ne</b>
Častý pocit hladu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mám chuť na potraviny:		
Častý pocit žízně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- sladké	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- kyselé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- pikantní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- hořké	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- slané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Výživové návyky</b>	<b>ano</b>	<b>ne</b>	Pravidelně piji kávu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mám dietu s nízkým obsahem cukrů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Často piji čaj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mám dietu vegetariánskou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mám dietu bílkovinou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>V pracovním prostředí jsem exponován těmto škodlivinám:</b>		
Nedodržuji žádnou dietu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chemickým		
- jím hodně sladkostí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fyzikálním:		
- jím hodně ovoce a pijí ovocné šťávy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> elektromagnetické pole		
- jím hodně masa a tuků	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> teplota		
- jím hodně mléčné výrobky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hluk		
- jím hodně ryby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**V současné době užívám léky, vitaminy, minerály (prosím, uveďte jak dlouho je užíváte)**

Prosím o zaslání mých výsledků stopové analýzy na tuto e-mailovou adresu:

**Upozornění!** Pečlivě vyplňte, prosím, Vaši e-mailovou adresu.

.....  
Čitelný podpis pacienta

Souhlasím s nakládáním s mými osobními údaji . Tyto údaje předávám dobrovolně,

.....  
Čitelný podpis pacienta

**UPOZORNĚNÍ! Dotazník může být vyplněn pouze se souhlasem pacienta!**

Tento dokument není nabídkou ve smyslu čl. 66 §1 Občanského zákoníku.