

PROFILAKTINIO SVEIKATOS PATIKRINIMO KLAUSIMYNAS

Data

Vardas, pavardė, gimimo data _____

Eil. Nr.	Klausimai (tinkamą atsakymą „taip“ arba „ne“ lentelėje pažymėti varnele ; tinkamą variantą pabraukite)	TAIP	NE
1.	Ar Jums yra nustatytų / patvirtintų alergijų (alerginė sloga, akių alergija, reakcija į vaistus, chemines medžiagas ar kt.)?		
2.	Ar vartojate vaistus? Jei „taip“, nurodyti, kokius:		
3.	Ar Jums yra nustatytas dalyvumo lygio sumažėjimas? Jei „Taip“, nurodykite dalyvumo lygį : _____ %		
4.	Ar Jums yra nustatyta širdies ir kraujagyslių ligų (padidinto kraujospūdžio liga / ritmo sutrikimai / persirgta infarktas ar kt.)?		
5.	Ar Jums buvo / yra kada nustatyta centrinės nervų sistemos ligos (insultas / Alzheimerio liga / išsėtinė sklerozė / Parkinsono liga ar kt.)?		
6.	Ar Jums buvo /yra patvirtinta epilepsija?		
7.	Ar Jums būna / kada nors buvo ištikę ženklūs pusiausvyros sutrikimai?		
8.	Ar alpote / alpstate arba turėjote / turite kitų sąmonės sutrikimų?		
9.	Ar Jums nustatytos lėtinės kvėpavimo takų ligos (astma, lėtinis bronchitas, kt.)?		
10.	Ar Jums nustatytos endokrininės sistemos ligos (skydliaukės ligos, cukrinis diabetas, kt.)?		
11.	Ar Jums yra / buvo nustatyta judėjimo ir/ar atramos sistemos ligos (osteo-chondrozė, skoliozė, stuburo išvaržos, kt.)		
12.	Ar turite regėjimo sutrikimų (nešiojate akinius skaitymui / į toli / diagnozuota glaukoma / katarakta, kt.) ?		
13.	Ar turite klausos sutrikimų (nešiojate klausos aparatą (-us) / patvirtintas klausos susilpnėjimas gydytojų / ūžesys / ar kt.)?		
14.	Ar turite / turėjote kokių nors psichikos sutrikimų arba gal sirgote kokia nors psichikos liga, ar dėl to buvote gydomas (-a) psichiatro?		
15.	Ar turite / turėjote nustatytų / patvirtintų onkologinių susirgimų?		
16*	Klausimas tik moterims: Ar esate nėščia?		
Pastabos:			

Patvirtinu, kad visa mano pateikta informacija yra teisinga

parašas

PROFILAKTINIO SVEIKATOS PATIKRINIMO KLAUSIMYNAS

Data

Vardas, pavardė, gimimo data _____

Eil. Nr.	Klausimai (tinkamą atsakymą „taip“ arba „ne“ lentelėje pažymėti varnele ; tinkamą variantą pabraukite)	TAIP	NE
1.	Ar Jums yra nustatytų / patvirtintų alergijų (alerginė sloga, akių alergija, reakcija į vaistus, chemines medžiagas ar kt.)?		
2.	Ar vartojate vaistus? Jei „taip“, nurodyti, kokius:		
3.	Ar Jums yra nustatytas dalyvumo lygio sumažėjimas? Jei „Taip“, nurodykite dalyvumo lygį : _____ %		
4.	Ar Jums yra nustatyta širdies ir kraujagyslių ligų (padidinto kraujospūdžio liga / ritmo sutrikimai / persirgtas infarktas ar kt.)?		
5.	Ar Jums buvo / yra kada nustatyta centrinės nervų sistemos ligos (insultas / Alzheimerio liga / išsėtinė sklerozė / Parkinsono liga ar kt.)?		
6.	Ar Jums buvo /yra patvirtinta epilepsija?		
7.	Ar Jums būna / kada nors buvo ištikę ženklūs pusiausvyros sutrikimai?		
8.	Ar alpote / alpstate arba turėjote / turite kitų sąmonės sutrikimų?		
9.	Ar Jums nustatytos lėtinės kvėpavimo takų ligos (astma, lėtinis bronchitas, kt.)?		
10.	Ar Jums nustatytos endokrininės sistemos ligos (skydliaukės ligos, cukrinis diabetas, kt.)?		
11.	Ar Jums yra / buvo nustatyta judėjimo ir/ar atramos sistemos ligos (osteo-chondrozė, skoliozė, stuburo išvaržos, kt.)		
12.	Ar turite regėjimo sutrikimų (nešiojate akinius skaitymui / į toli / diagnozuota glaukoma / katarakta, kt.) ?		
13.	Ar turite klausos sutrikimų (nešiojate klausos aparatą (-us) / patvirtintas klausos susilpnėjimas gydytojų / ūžesys / ar kt.)?		
14.	Ar turite / turėjote kokių nors psichikos sutrikimų arba gal sirgote kokia nors psichikos liga, ar dėl to buvote gydomas (-a) psichiatro?		
15.	Ar turite / turėjote nustatytų / patvirtintų onkologinių susirgimų?		
16*	Klausimas tik moterims: Ar esate nėščia?		
Pastabos:			

Patvirtinu, kad visa mano pateikta informacija yra teisinga

parašas