FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
ŠROBÁROVA 1150/50, 100 34 PRAHA 10, IČO: 00064173
GYNEKOLOGICKO-PORODNICKÁ KLINIKA

DOTAZNÍK PŘI VSTUPNÍ PROHLÍDCE

Jméno a příjmení: ..... **Zdravotní pojišťovna:** ..... **Výška:** ..... cm

Rodné číslo: ..... **Datum narození:** ..... **Hmotnost:** ..... kg

Trvalé bydliště: ..... **Město:** ..... **PSČ:** .....

Kontaktní adresa: ..... **Heslo pro komunikaci:** .....

Telefon: ..... **E-mail:** .....

Povolání: ..... **Zaměstnavatel:** .....

Kontaktní osoba (jméno, telefon): .....

Rodinná anamnéza *(závažná onemocnění rodičů, sourozenců, prarodičů):*

☐ cukrovka ☐ vysoký tlak ☐ nádorové onemocnění .....

.....

Osobní anamnéza *(onemocnění, od kdy a kde se léčíte)*:

.....

.....

Alergie *(léky, typ reakce)*: .....

Medikace *(užívané léky, dávkování)*: .....

.....

.....

Kuřák: ☐ Ne ☐ Ano ..... ks/denně **Jiné návykové látky:** ☐ Ne ☐ Ano, uveďte: .....

Gynekologická anamnéza:

Věk při první menstruaci: ..... let **Menstruační cyklus pravidelný:** ☐ Ano ☐ Ne

První den poslední menstruace *(popř. rok poslední menstruace)*: .....

Porody *(rok, způsob porodu – spontánní / císařský řez / klešťový)*:

.....

Antikoncepce / hormonální substituční terapie: ☐ Ne ☐ Ano, uveďte: .....

Gynekologické operace *(typ, rok, důvod)*:

.....

Registrující gynekolog (jméno, adresa):

Prohlašuji, že jsem uvedla všechny údaje pravdivě a že jsem nezamlčela žádné podstatné skutečnosti.

datum: ..... podpis: .....