

## Állapotfelmérés

Kérjük töltsse ki az alábbi kérdőívet! Jelöljön minden olyan tünetet, amit az elmúlt néhány évben észlelt magán. A kérdőív kitöltésével segít nekünk, hogy hatékony és teljes körű szolgáltatást nyújtsunk Önnek. Köszönjük, hogy a FirstMed Centers-t választotta!

### Kérjük töltsön ki minden oldalt!

	Igen	Nem			
<b>Általános kérdések</b>			garatsorgást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Észlelt-e mostanában:</i>			gyakori orrvérzést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
változást a testsúlyában	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Igen	Nem
étvágyában	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Száj és torok</b>		
szomjúságérzetében	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Észlelt-e:</i>		
fizikai terhelés során	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fájdalmat a szájüregében vagy		
hangjában	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a nyelvén	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lázat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gyakori torokfájást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hidegrázást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fogfájást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
éjszakai izzadást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fogínyvérzést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
általános gyengeséget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nyelési nehézséget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
“betegségérzet”-et	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	szájszárazságot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fáradtságot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
meleg intoleranciát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Nyak</b>		
hideg intoleranciát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Észlelt-e:</i>		
vérzési hajlamot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nyaki csomót	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			pajzsmirigymegnagyobbodást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bőr</b>			nyirokcsomó duzzanatot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Észlelt-e mostanában:</i>					
kiütést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Mell</b>		
viszketést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Észlelt-e:</i>		
új anyajegyet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	csomót az emlőkben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bőrelváltozást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	váladékozást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
változást a hajon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mellfájdalmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
változást a körmökön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mellfeszülést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
véraláfutást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<b>Légzőszerv</b>		
<b>Szem</b>			<i>Észlelt-e:</i>		
<i>Észlelt-e:</i>			köhögést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
változást a látásában	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	váladékos köhögést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kettőslátást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vért a köpetében	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nagyfokú könnyezést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nehézlégzést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
szemfájdalmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mellkasfájdalmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vörös szemet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fulladást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
váladékozást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	találkozott olyan személlyel, aki tuberkulózisban szenved	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fül</b>			<b>Szív-érrendszer</b>		
<i>Észlelt-e:</i>			<i>Észlelt-e:</i>		
váladékozást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	heves szívdobogást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fülfájdalmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lábduzzanatot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fülcsengést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	séta során lábfájdalmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
változást a hallásban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lábszörzet ritkulást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			vénatágulatot a lábon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Orr</b>			hűvös végtagokat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Észlelt-e:</i>			végtagelszíneződést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orrfolyást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lábszárfekélyt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orrdugulást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

	Igen	Nem		Igen	Nem
<b>Gyomor, belek</b>			<b>Női nem szervek</b>		
<i>Észlelt-e:</i>			<i>Észlelt-e:</i>		
gyomorégést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nemi szerveken sérülését	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hányingert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vaginális viszketést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hányást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vaginális folyást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hasmenést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fájdalmat közösülés közben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
székrekedést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rendszerűtlen menstruációt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
székelési szokások megváltozását	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fokozott menstruációs vérvesztést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rendellenes színű vagy			vérzést menstruációk között	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
összetételű székletet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hőhullámokat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vért a székletben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	postmenopausalis vérzést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
végbél-táji fájdalmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	változást a libidóban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aranyeret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
nagyfokú bőföggést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Váz és izomrendszer:</b>		
étel intoleranciát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Észlelt-e:</i>		
			izomfájdalmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vizelés</b>			izomgörcsöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Észlelt-e:</i>			izommerevséget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gyakori vizelést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	izületi fájdalmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sürgető vizelési ingert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	izületi merevséget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fájdalmat vagy csípő érzést			hátfájást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vizelés során vagy utána	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nyakfájást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nehézséget a vizelésben			korlátozottságot mozgásban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ill. vizelettartásban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	deformitást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
túlzott mértékű vizelést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
csökkent mértékű vizelést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Idegrendszer</b>		
vizelettartási nehézséget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Észlelt-e:</i>		
éjszakai vizelési ingert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fejfájást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
változást a vizelet színében	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	szédülést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
szagában	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ájulást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mennyiségében	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	görcsöket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lágýéktáji fájdalmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	izomgyengeséget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			zsibbadást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Férfi nemi szervek</b>			remegést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Észlelt-e:</i>			kordinációs zavart		
folyást a húgycsöböl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(járás, írás, öltözködés során)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sérülést a péniszben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problémát beszéd során	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hereduzzanatot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	memória zavart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lágýéki duzzanatot ill. fájdalmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hangulatváltozást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fájdalmat a nemiszervekben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	idegességet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
libidóban történt változásokat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	halucinációt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
merevedési zavart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	változást a tér és időérzékelésben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			nyugtalan-ságot (pánikroham)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			koncentrációs zavart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			álmatlanságot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Aláírás:** \_\_\_\_\_

## Anamnézis

### Lezajlott orvosi történések

Kérjük sorolja fel a múltban lezajlott betegségeit!

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Kérjük sorolja fel sebészeti ill. egyéb kórházi beavatkozásait!

_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Nőgyógyászati anamnézis (csak hölgyeknek)

Utolsó menstruáció ideje: \_\_\_\_\_

Terhességek száma: \_\_\_\_\_

Szülések száma: \_\_\_\_\_

Vetélések száma: \_\_\_\_\_

Abortuszok száma: \_\_\_\_\_

Utolsó mammográfia időpontja: \_\_\_\_\_

Utolsó rákszűrés ideje: \_\_\_\_\_

Abnormális rákszűrés eredménye: \_\_\_\_\_

Tervezi, hogy a közeljövőben teherbe esik?      Igen                      Nem

### Oltási anamnézis

Utolsó tetanus oltásának az ideje: \_\_\_\_\_

Kapott valaha FSME oltást (kullancs encephalitis elleni védőoltás)? \_\_\_\_\_

Kapott valaha Hepatitis A elleni védőoltást? \_\_\_\_\_

Kapott valaha Hepatitis B elleni védőoltást? \_\_\_\_\_

### Társadalmi anamnézis

Családi állapot: \_\_\_\_\_

Gyermekek száma: \_\_\_\_\_

Foglalkozás: \_\_\_\_\_

Étkezés: \_\_\_\_\_

Sport: \_\_\_\_\_

Dohányzás: \_\_\_\_\_

Alkohol és drogfogyasztási szokások: \_\_\_\_\_

Szexuális viselkedési szokások:

monogám	Igen	Nem
használ óvszert	Igen	Nem
használ fogamzásgátlót	Igen	Nem

**Családi anamnézis**

Kérjük sorolja fel a családjában előforduló valamennyi betegséget (rák, diabetes, magas vérnyomás, szívbetegségek, agyvérzés, görcsök, szenilitás, stb.)!

Anya: \_\_\_\_\_

Apa: \_\_\_\_\_

Anyai nagyanya: \_\_\_\_\_

Anyai nagyapa: \_\_\_\_\_

Apai nagyanya: \_\_\_\_\_

Apai nagyapja: \_\_\_\_\_

Testvérek: \_\_\_\_\_

Gyerekek: \_\_\_\_\_

**Gyógyszerszedés:**

Kérjük sorolja fel az Ön által szedett vényköteles ill. recept nélkül kapható gyógyszereket!

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Allergiák**

Milyen allergiája van? (gyógyszer, étel, stb.):

---

---

**Teljes kivizsgálásának főbb okai:**

Elérhetőségei:

E-mail – munkahely:
E-mail – otthoni:
Napközbeni elérhetőség:
Esti elérhetőség:

Milyen módon szeretne hozzájutni a vizsgálat eredményéhez?

Posta cím:	
Személyesen:	