

ELŐZETES ÁLLAPOTFELMÉRÉSI KÉRDŐÍV

Név (születési név is):

Állampolgársága:

Születési hely, idő (év, hó, nap):

Anyja neve:

TAJ száma/Útleve száma:

Lakóhelye/Szálláshelye:

Kezelték-e, illetve kezelik-e (műtét is ideértendő) a következő betegségekkel (írja be, húzza alá):

- veleszületett fejlődési rendellenesség, amely kezelést/ápolást/rehabilitációt igényel:
- veleszületett és/vagy szerzett anyagcsere betegség:
- immunhiányos állapot:
- szív- és érrendszeri betegség:
- magas vérnyomás:
- allergia, szénanátha:
- tüdő- és mellhártyagyulladás, tüdőasztma:
- tüdőgümőkór (tbc):
- mozgásszervi betegség:
- fekélybetegség (gyomor, bél):
- májbetegség:
- cukorbetegség:
- Szem-, fülbetegség:
- idegkimerültség:
- fertőző betegség (hepatitis B, hepatitis C):
- nemi betegség:
- urológiai betegség:
- nőgyógyászati betegség:
- egyéb betegség:

Volt-e, van-e ideg-, pszichiátriai betegsége (epilepszia, pánikbetegség, depresszió, szorongás, alkoholfüggőség, játékszenvedély, egyéb):

Volt-e balesete (csonttörés, fej-, mellkasi, hasi, végtag-sérülés) és mikor:

Kezelték-e kórházban, rehabilitációs intézetben (mikor, miért):

Kezelték-e ideggyógyászaton, pszichiátriai intézetben (mikor, miért):

Rendszeres orvosi kezelés alatt áll-e (mióta, miért):

Sportolt, illetve sportol-e rendszeresen (mit, milyen gyakran):

Volt-e beteg az elmúlt egy évben (mikor, mi baja volt):

Nyilatkozom, hogy a fenti kérdőívben foglaltak a valóságnak megfelelnek, valamint nem tudok arról, hogy bármilyen betegség vagy egészségi elváltozással rendelkezem!

Hozzájárulok, hogy az egészségi állapotommal kapcsolatos adatokat az előzetes állapotfelmérést végző szerv és az egészségbiztosítási szervek a vonatkozó jogszabályok betartásával kezeljék.

Dátum:

aláírás