

## Állapotfelmérés teljes kivizsgáláshoz

### Tisztelt Betegünk!

Kérjük, hogy a kérdőív kitöltésével járuljon hozzá kivizsgálásának és ellátásának hatékony megvalósulásához. A kérdésekre adott válaszai segítenek diagnózis felállításához, a szükséges vizsgálati javaslatok összeállításához.

NÉV:

Születési idő:

### Miért tartja szükségesnek a teljes kivizsgálást:

.....  
.....

### Családi anamnézis

Kérjük, sorolja fel azon betegségeket, melyek a családjában előfordultak, különösen: szívbetegség, diabetes, magas vérnyomás, daganatos megbetegedések, stroke, stb

APA:.....

ANYA:.....

APAI nagyanya:.....

APAI nagyapa:.....

ANYAI nagyanya:.....

APAI nagyapa:.....

Testvér:.....

Gyermek:.....

### Kérjük, sorolja fel korábbi komolyabb betegségeit, kórházi eseményeit, műtéti beavatkozásait:

.....  
.....  
.....  
.....

### Rendszeresen szedett gyógyszerei:

.....  
.....  
.....

### Kérjük sorolja fel esetleges allergiáit (gyógyszer, étel, növény, egyéb):

.....  
.....

### Szociális anamnézis:

családi állapot: egyedülálló/házas

foglalkozás:.....

gyermekek száma:.....

### Kérjük, jellemezze (igen, nem, gyakoriság stb):

étkezési szokások: rendszeres/rendszertelen, egészséges/válogatás nélküli

dohányzás: igen/nem, mennyiség: ...../nap

alkohol és drogfogyasztás: igen/nem

sport: .....alkalom/hét

**Tapasztalt-e az alábbiakban változást a közelmúltban:**

	Igen	Nem
testsúlyában, étvágyában	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fizikai terhelés során	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hangjában	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
magasabb testhőmérsékletet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hidegrázást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
éjszakai izzadást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
általános gyengeséget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fáradtságot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meleg intoleranciát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hideg intoleranciát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vérzési hajlamot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
életkedv csökkenését	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lehangoltságot, depressziót	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bőrével kapcsolatban tapasztalt-e mostanában:**

kiütéseket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
viszketést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
új anyajegyet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
egyéb bőrelváltozást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
változást a hajon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
változást a körmökön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
indokolatlan véraláfutást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Szemével kapcsolatban tapasztalt-e mostanában:**

romló látást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kettőslátást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
intenzív könnyezést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
szemfájdalmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
szemvörösödést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a szem váladékozását	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Fülével kapcsolatban tapasztalt-e mostanában:**

váladékozást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fájdalmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fülcsengést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
romlást a hallásában	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Orrával, szaglásával kapcsolatban tapasztalt-e mostanában:**

orrfolyást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orrdugulást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
garatcsorgást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gyakori orrvérzést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Szájával és torkával kapcsolatban tapasztalt-e mostanában:**

	Igen	Nem
fájdalmat a szájüregében vagy a nyelvén	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gyakori torokfájást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fogfájást, fogínyvérzést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nyelési nehézséget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
szájszárazságot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nyakán tapasztalt-e:**

nyaki erek változását	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pajzsmirigy megnagyobbodást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nyirokcsomó duzzanatot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Mellével kapcsolatban tapasztalt-e:**

csomót az emlőkben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
váladékozást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mellfájdalmat, mellfeszülést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Légzésével kapcsolatosan tapasztalt-e mostanában:**

gyakori köhögést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
váladékos köhögést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vért a köpetében	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nehézlégzést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mellkasfájdalmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
találkozott-e tuberkulózisos beteggel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Szív- és érrendszerével kapcsolatban tapasztalt-e mostanában:**

heves szívdobogást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lábduzzanatot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
séta során lábfájdalmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lábszörzet ritkulást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vénatágulatot a lábon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hűvös végtagokat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
végtagelszíneződést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lábszárfekélyt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gyomor- és bélrendszer működésével kapcsolatban tapasztalt-e mostanában:**

gyomorégést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hányingert, hányást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hasmenést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
székrekedést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
székelési szokások megváltozását	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rendellenes színű vagy összetételű székletet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vért a székletben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
végbél táji fájdalmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aranyeret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nagyfokú böfögést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
étel intoleranciát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vizelet ürítéssel kapcsolatban tapasztalt-e mostanában:**

	Igen	Nem
gyakori vizelést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sürgető vizelési ingert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fájdalmat vagy csípő érzést vizelés során vagy utána	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nehézséget a vizelésben ill. vizelettartásban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
túlzott mértékű vizelést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
csökkent mértékű vizelést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vizelettartási nehézséget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
éjszakai vizelési ingert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
változást a vizelet színében, szagában	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mennyiségében	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lágýéktáji fájdalmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Férfi nemi szervek esetében tapasztalt-e:**

folyást a húgycsőből	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sérülést a péniszben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hereduzzanatot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lágýéki duzzanatot ill. fájdalmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fájdalmat a nemi szervekben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
libidóban történt változásokat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
merevedési zavart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Női nem szervek esetében tapasztalt-e:**

sérülést a nemi szerveken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vaginális viszketést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vaginális folyást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fájdalmat közösülés közben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rendszeretlen menstruációt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fokozott menstruációs vérvesztést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vérzést a menstruációk között	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hóhullámokat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
postmenopausalis vérzést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
változást a libidóban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Váz és izomrendszerét illetően tapasztalt-e:**

izomfájdalmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
izomgörcsöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
izommerevséget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ízületi fájdalmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ízületi merevséget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hátfájást vagy derékfájást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nyakfájást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
korlátozottságot mozgásban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
deformitást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Idegrendszerét illetően tapasztalt-e:

	Igen	Nem
gyakoribb fejfájást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
szédülést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ájulást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
görcsöket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
izomgyengeséget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zsibbadást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
remegést	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
koordinációs zavart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problémát beszéd során	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
memória zavart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hangulatváltozást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
idegességet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hallucinációt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
változást a tér-,és időérzékelésben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nyugtalanyságot, pánikrohamot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
koncentrációs zavart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
álmatlanságot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>