**VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE**
**Oční klinika**
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČO: 00064165, tel. 224 961 111



# DOTAZNÍK-GENETIKA

**JMÉNO, PŘÍJMENÍ:**.....
**R.Č**.....

**Dotazník při vyšetření v Centru klinické oční genetiky**
**Oční kliniky VFN a 1. LF UK v Praze**

Odpovědi označte kroužkem

| PŘÍZNAKY OČNÍ NEMOCI | | |
|---|---|---|
| **Máte pocit, že trpíte šeroslepostí?**<br>Pokud ano, od kolika let? | ANO | NE |
| **Seděl/a jste ve škole v prvních lavicích?** | ANO | NE |
| **Řídíte večer auto?**<br>ANO<br>ANO, ale pouze na známých místech<br>NE, protože špatně vidím<br>NE, protože nemám řidičský průkaz | | |
| **Vadí Vám po setmění chodit sám/sama ven?** | ANO | NE |
| **Máte pocit, že nevidíte zcela dobře do stran?** | ANO | NE |
| **Pociťujete nějaké jiné zrakové obtíže** (např. horší rozeznávání barev, oslňování odlesky kolem světel, jiskření v zorném poli)?<br>Prosíme o detailní popis obtíží - jaké a od kdy: | ANO | NE |
| **Máte krátkozrakost (mínusové dioptrie)?**<br>Pokud ano, uveďte od kolika let? | ANO | NE |
| **Nosíte brýle na dálku?** Pokud ano, uveďte od kolika let? | ANO | NE |
| **Nosíte brýle na čtení?** Pokud ano, uveďte od kolika let? | ANO | NE |
| Poskytněte nám údaje, jak se Vám v průběhu let měnily dioptrie:<br>(např. –5,0 D v 10 letech) | | |
| **Máte pocit, že hůře vidíte přes Vaše brýle i přes správnou brýlovou korekci?**<br>Pokud ano, uveďte od kolika let? | ANO | NE |
| **Prodělal/a jste nějaké oční operace?**<br>Pokud ano, uveďte podrobnosti:<br>Operace:<br>datum:<br>Pracoviště: | ANO | NE |

# DOTAZNÍK-GENETIKA

jaké oko:

Další doplňující údaje možno napsat do přílohy na volný list, který vyžádáte u sestry.

## OSOBNÍ ÚDAJE

| | | |
|---|---|---|
| **Máte nějaká jiná závažná onemocnění** (např. poruchu svalové činnosti, onemocnění střev, cukrovku, vysoký krevní tlak atd.)? Vypište, prosím. | ANO | NE |
| **Máte pocit, že hůře slyšíte?** Pokud ano, uveďte od kdy?<br>**Jaké berete léky?** | ANO | NE |
| **Užíváte vitamíny a potravinové doplňky?** Jaké? | ANO | NE |
| **Máte alergii na léky nebo jiné látky, pyl, prach?**<br>Pokud ano, vypište: | ANO | NE |
| **Byl/a jste někdy více než 24 hodin v nemocnici?**<br>Pokud ano, uveďte s jakou diagnózou? | ANO | NE |

## RODINNÉ ÚDAJE

| | | |
|---|---|---|
| **Má v rodině někdo problémy s očima?**<br>Jakého typu a kdo? | ANO | NE |
| **Trpí někdo z rodiny stejným očním onemocněním jako Vy?** | ANO | NE |
| **Z jaké oblasti v rámci České republiky** pochází nebo pocházel nejstarší rodinný příslušník, o kterém je známo, že trpěl stejnou chorobou jako Vy? | | |
| **Má někdo v rodině nějaká jiná závažná onemocnění** (např. poruchu svalové činnosti, onemocnění střev, cukrovku, vysoký krevní tlak atd.)? Vypište, prosím. | ANO | NE |

## RODOKMEN VYPLNÍTE S LÉKAŘEM NEBO ZAŠLETE POŠTOU