



# ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,  
dostáváte se do péče III. interní kliniky, která se problematikou nadváhy, zabývá již mnoho let. Cílem naší péče je předcházet, diagnostikovat a správně léčit i komplikace, kterými jste nyní i v budoucnu ohroženi. Před prvním vstupním vyšetřením je pro nás důležité, abychom o Vás zjistili co nejvíce informací. Proto Vás prosíme o pečlivé vyplnění dotazníku. Na první návštěvu byste s sebou měli přinést **podrobný jídelníček** (min. 7-10denní). Veškeré Vámi poskytnuté informace jsou důvěrné a jsou součástí lékařského tajemství. Tento dotazník Vám bude sloužit jako vodítko při prvním pohovoru s ošetřujícím lékařem.

## IDENTIFIKAČNÍ A KONTAKTNÍ ÚDAJE

Příjmení: \_\_\_\_\_ Jméno: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Telefonní číslo: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

## RODINNÁ ANAMNÉZA (Informace o zdravotním stavu příbuzných, tj. rodičů, sourozenců a dětí i v případě, že již nežijí)

Léčil se někdo na **cukrovku**?  NE  ANO: Kolik členů? \_\_\_\_\_

Měl někdo **onemocnění srdce**, kterému se říká ischemická choroba srdeční? (Infarkt, angina pectoris, atd.)

NE  ANO: Kolik členů?

Vyskytlo se toto onemocnění u někoho před 50. rokem věku? \_\_\_\_\_

Léčí se někdo na **vysoký krevní tlak**?  NE  ANO: Kolik členů? \_\_\_\_\_

Vyskytlo se u některého člena rodiny **rakovinné onemocnění (zhoubný nádor)**?  NE  ANO: Jaké? \_\_\_\_\_

## OSOBNÍ ANAMNÉZA (Informace o Vašem zdravotním stavu)

Léčíte se s některým z níže uvedených onemocnění?

**Diabetes mellitus** (cukrovka)  NE  ANO: Od kterého roku? \_\_\_\_\_

**Vysoký krevní tlak**  NE  ANO: Od kterého roku? \_\_\_\_\_

**Onemocnění srdce**  NE  ANO: Od kterého roku? \_\_\_\_\_

Jaký druh onemocnění srdce? (infarkt, angina pectoris, poruchy srdečního rytmu, aj.)

**DNA** (kyseliny močové):  NE  ANO: Od kterého roku? \_\_\_\_\_

Vysoký **cholesterol**:  NE  ANO: Od kterého roku? \_\_\_\_\_

**Onemocnění štítné žlázy**:  NE  ANO: Od kterého roku? \_\_\_\_\_

Jiná onemocnění:

Druh: \_\_\_\_\_ Od kterého roku? \_\_\_\_\_

Druh: \_\_\_\_\_ Od kterého roku? \_\_\_\_\_

Druh: \_\_\_\_\_ Od kterého roku? \_\_\_\_\_

Druh: \_\_\_\_\_ Od kterého roku? \_\_\_\_\_

Druh: \_\_\_\_\_ Od kterého roku? \_\_\_\_\_

## Prodělané operace

Rok: \_\_\_\_\_ Druh operace: \_\_\_\_\_

Rok: \_\_\_\_\_ Druh operace: \_\_\_\_\_

Rok: \_\_\_\_\_ Druh operace: \_\_\_\_\_

Rok: \_\_\_\_\_ Druh operace: \_\_\_\_\_

Rok: \_\_\_\_\_ Druh operace: \_\_\_\_\_

## GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA (ŽENY)

Menstruace: od kolika let? \_\_\_\_\_

Přechod (klimakterium):  NE  ANO: Od kterého roku? \_\_\_\_\_

Těhotenství:  NE  ANO: Kolik porodů? \_\_\_\_\_

Potraty:  NE  ANO: Kolik? \_\_\_\_\_

Hormonální léčba:  NE  ANO: Antikoncepce – jaká? \_\_\_\_\_

ANO: Po přechodu – jaká? \_\_\_\_\_

## LÉKY, KTERÉ PRAVIDELNĚ UŽÍVÁTE:

Název léku: *uvedte název včetně síly (mg) např. Siofor 1000 mg* \_\_\_\_\_ Dávkování: *např. 1-0-0* \_\_\_\_\_

Název léku: \_\_\_\_\_ Dávkování: \_\_\_\_\_

Název léku: \_\_\_\_\_ Dávkování: \_\_\_\_\_

Název léku: \_\_\_\_\_ Dávkování: \_\_\_\_\_

Název léku: \_\_\_\_\_ Dávkování: \_\_\_\_\_

Název léku: \_\_\_\_\_ Dávkování: \_\_\_\_\_

Název léku: \_\_\_\_\_ Dávkování: \_\_\_\_\_

Název léku: \_\_\_\_\_ Dávkování: \_\_\_\_\_

Název léku: \_\_\_\_\_ Dávkování: \_\_\_\_\_

Název léku: \_\_\_\_\_ Dávkování: \_\_\_\_\_

Název léku: \_\_\_\_\_ Dávkování: \_\_\_\_\_

Název léku: \_\_\_\_\_ Dávkování: \_\_\_\_\_

Název léku: \_\_\_\_\_ Dávkování: \_\_\_\_\_

## PRACOVNÍ A SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA:

Jaké máte zaměstnání? \_\_\_\_\_

Typ zaměstnání:  sedavé (kancelářská práce, apod.)  fyzicky náročné

Jste v důchodu?  Ne  Ano: Starobní / Invalidní? \_\_\_\_\_

Žijete s rodinou?  Ano  Sám?  Ano

## SOUČASNÉ ONEMOCNĚNÍ = OBEZITA (NADVÁHA)

Vaše aktuální váha: \_\_\_\_\_ Vaše výška: \_\_\_\_\_

Vaše váha při narození: \_\_\_\_\_ kg; Vaše maxim. váha: \_\_\_ kg kdy? \_\_\_\_\_

Co vidíte jako hlavní **příčinu** Vašeho vzestupu váhy? (Můžete zatrhnout více možností)

zvýšená chuť k jídlu, přejídání  málo pohybu

těhotenství  přechod (klimakterium)

změna v rodině (manželství)  stres (doma, v práci)

změny zaměstnání  vojenská služba

léky: Jaké? \_\_\_\_\_

jiná příčina: Jaká? \_\_\_\_\_

Co je pro Vás hlavní **motivací k hubnutí**?

být zdrav  dobře vypadat  přeje si to lékař

jiný důvod: Jaký? \_\_\_\_\_

Zkoušeli jste někdy hubnout?  NE  ANO

O kolik jste zhubli nejvíce? \_\_\_\_\_ Za jak dlouho? \_\_\_\_\_

Užívali jste nějaké léky na hubnutí? (Meridia, Lindaxa, Xenical, Adipex, apod.)

NE  ANO: Jaké? \_\_\_\_\_ Kdy? \_\_\_\_\_

ANO: Jaké? \_\_\_\_\_ Kdy? \_\_\_\_\_

Užívali jste nějaké „zázračné“ volně prodejné prostředky na hubnutí?

NE  ANO: Jaké? \_\_\_\_\_ Kdy? \_\_\_\_\_

ANO: Jaké? \_\_\_\_\_ Kdy? \_\_\_\_\_

**JÍDELNÍ ZVYKLOSTI**

Kolikrát denně jíte? \_\_\_\_\_ Snídáte?  NE  ANO

Pravidelná strava?  NE  ANO Svačiny?  NE  ANO

Trpíte hladu ve dne?  NE  ANO V noci?  NE  ANO

V kolik hodin večer jíte naposledy? \_\_\_\_\_ Kdy chodíte spát? \_\_\_\_\_

Které jídlo považujete za hlavní?  snídane  oběd  večeře

Sladíte nápoje?  NE  ANO: cukrem  ANO: sladidlem Jakým? \_\_\_\_\_

**POHYBOVÁ AKTIVITA**

Sportujete?  NE  ANO, občas  ANO, pravidelně

Kterému sportu se věnujete nejčastěji? \_\_\_\_\_ Jak často? \_\_\_\_\_