

DOTAZNÍK

INTERNÍ A REVMATOLOGICKÁ AMBULANCE



Vaše jméno a příjmení :

Rodné číslo :

Adresa :

PSC :

Telefon :

E-mailová adresa :

Co přesně Vás trápí, a odkdy :

.....

S jakými dalšími diagnosami se léčíte :

.....

Jaké revmatologické léky už máte vyzkoušeny a s jakým efektem :

.....

Byly provedeny laboratorní odběry ? Výsledky :

.....

Kouříte ? (pokud ano, kolik denně v průměru ?) :

.....

Alergie, zvláště na injekce :

.....

U žen : Gynekologicky vše v pořádku ? Aborty ? Počet dětí ?

.....

Měl někdo ve Vaší rodině kloubní nemoc ? Nebo lupénku (= psoriázu) ?

.....

Vaše profese : (pokud jste již v důchodu, uveďte i předchozí profesi) :

.....

Máte některý z příznaků : Otoky, ranní ztuhlost, teploty, únavu, sucho v očích, padání vlasů, pálení při močení, pokles váhy, afty v ústech, žvýkací nebo polykací obtíže ?

.....

Máte i jiné potíže ? - Srdce, plíce, žaludek, ledviny, oči, uši, závratě aj. ?

.....

Máte nějaké kožní projevy (zarudnutí, vyrážka, defekty) ?

.....

Bylo někdy klíště s kožní reakcí ?

.....

Vaše výška a váha ? kg

Dosáhnete ze vzpřímeného stoje rukama na zem ? ANO / NE

Můžete volně hýbat hlavou ? ANO / NE

Dokážete stát s nohama u sebe, zavřenýma očima a rukama nataženýma před sebe ? ANO / NE

Pozorujete na sobě cokoli dalšího, co jsme dosud nezmínili ?

.....

MUDr. Karel Jedlička

soukromá praxe

mobil: +420 604 713 169

e-mail: kamikaze@kamikaze.cz

web: <https://revmatolog.eu/>

