

## OSOBNÝ DOTAZNÍK

**Priezvisko:** \_\_\_\_\_ **Meno:** \_\_\_\_\_ **Titul:** \_\_\_\_\_  
**Dátum narodenia:** \_\_\_\_\_ **Rodné číslo:** \_\_\_\_\_  
**Bydlisko:** \_\_\_\_\_  
**Telefónne číslo:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Liečite sa v súčasnosti na nejaké ochorenie? Ak áno, na aké?**

---

---

---

**Užívate nejaké lieky? Ak áno, aké?**

---

---

**Sú u Vás známe nejaké alergie? Napr. liekové, potravinové, iné.... Ak áno, prosím uveďte, aké.**

---

**Prosím zaškrtnite pri uvedenom ochorení, ak sa na neho liečite alebo ste ho prípadne v minulosti prekonali.**

- Vysoký tlak
- Iné srdcové ochorenie – šelest, angina pectoris, prekonaný infarkt myokardu
- Ochorenie pečene
- Ochorenie obličiek
- Neurologické ochorenie – epilepsia, ....
- Porucha zrážanlivosti krvi
- Prekonané infekčné ochorenie – HIV, Hepatitída B,C,D,.....
- Ochorenie dýchacích ciest – astma, iné pľúcne ochorenie
- Gravidita
- Ste fajčiar/fajčiarka?