

# Vprašalnik - anamneza

Prosimo, da odgovorite na naslednja vprašanja

Ime	Naslov bivališča
Priimek	
Datum rojstva	Ime in lokacija izbranega osebnega zdravnika
Tel. številka (službena ali GSM)	

## Delovna anamneza

Izobrazba	Delovna doba	- Skupna	let
Delovno mesto		- pri sedanjem delodajalcu	let
		- na sedanjem delovnem mestu	let

Naštejte dosedanje zaposlitve (ime podjetja, delovno mesto, trajanje zaposlitve):

Delovni čas	ena izmena	dve izmeni (dop., pop.)	po 12 ur skupaj	tri izmene (dop., pop., ponoči)	
	drugo				
Zadovoljstvo pri delu	zelo zadovoljen	zadovoljen	srednje zadovoljen	nezadovoljen	zelo nezadovoljen

## Družinska anamneza

Ali so bila v vaši družini (pri starših, bratih sestrah) prisotna naslednja obolenja: zvišan krvni tlak, sladkorna bolezen, rakava obolenja, srčna kap, možganska kap, alergije, astma, duševne bolezni, epilepsija, živčno mišična obolenja, obolenja ven, obolenja ščitnice?

## Socialna anamneza

Zakonski stan:	samski	poročen	<b>RAZVADE:</b>		
	izvenzakonska skupnost	razvezan	<b>Kajenje:</b>	ne kadim	prenehal/a kaditi pred leti

drugo:		kadim: dnevno	cigaret;	let
--------	--	---------------	----------	-----

Otroci:	brez otrok	število otrok	<b>Uživanje alkoholnih pijač:</b>		
starost otrok			Kako pogosto ste v zadnjih mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol?		
			nikoli	1x na mesec ali manj	2-4x na mesec
			2-3x na teden	4x ali večkrat na teden	

Zaposlitev partnerja:	zaposlen	nezaposlen	Koliko meric pijače, ki vsebuje alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih ponavadi popili takrat, kadar ste pili (1 merica je 1 dcl vina ali 2,5 dcl piva ali 0,3 dcl žgane pijače)?					
Stanovanje:	primerno	zadovoljivo	neprimerno					
Število obrokov na dan:				pol ali 1	2	3 ali 4	5 ali 6	7 in več

<b>REKREATIVNA DEJAVNOST:</b> (v trajanju vsaj 20-30 minut):		<b>Uživanje prepovedanih drog:</b>	ne	da
--------------------------------------------------------------	--	------------------------------------	----	----

vrsta:		Katere?	
--------	--	---------	--

redno (3-5x tedensko)	občasno (kolikokrat)?	nikoli
-----------------------	-----------------------	--------

## Osebna anamneza *(ustrezno označite)*

Imate težave z očmi, slabim vidom?	da	ne	občasno	Ste se kdaj zdravili zaradi epilepsije (božjasti)? Kdaj in kje ste imeli zadnji napad?	da	ne
Imate težave z ušesi, naglušnostjo?	da	ne	občasno			
Imate bolezn srca ali ožilja?	da	ne	občasno			
Imate visok/nizek krvni tlak?	da	ne	občasno			
Imate sladkorno bolezen?	da	ne	občasno			
Imate bolezn štčitnice?	da	ne	občasno	Ste se kdaj zdravili zaradi bolezn odvisnosti (alkohol, mamila)? Kdaj in vrsta odvisnosti?	da	ne
Imate bolezn dihal ali astmo?	da	ne	občasno			
Imate alergije?	da	ne	občasno			
Imate bolezn kože?	da	ne	občasno			
Imate bolezn prebavil, jeter?	da	ne	občasno			
Imate bolezn ledvic, sečil?	da	ne	občasno	Ali ste se kdaj zdravili v bolnišnici? Kdaj in zakaj?	da	ne
Imate težave z gibal (hrbtenica, sklepi)?	da	ne	občasno			
Imate pogosto glavobole, vrtoglavico?	da	ne	občasno			
Imate bolezn živčevja?	da	ne	občasno			
Imate kakršnekoli psihične težave?	da	ne	občasno			
Ali ste zaradi psih. težav kdaj iskali pomoč pri izbranem zdravniku, psihologu, psihiatru?	da	ne	občasno	Ste bili kdaj operirani? Kdaj in zakaj?	da	ne
Redno jemljete kakšna zdravila? Katera?			da ne			
				Ste bili kdaj huje poškodovani? Kdaj in vrsta poškodbe?	da	ne
Imate katere druge bolezn? Katere?		da ne		Ali ste bili kdaj obravnavani na invalidski komisiji? Kdaj in razlog?	da	ne
Ste se v zadnjem času zdravili pri osebnem zdravniku? Vzrok?		da ne		Priznana kategorija, od kdaj, katere omejitev?		
Ste bili v zadnjem letu v bolniškem staležu? Vzrok in trajanje?		da ne		Opravljenja cepljenja: Cepljenja v otroštvu po obveznem programu Druga cepljenja?	da ne da ne	
Ali ste imeli kdaj motnje zavesti? Okoliščine?		da ne		Ali imate kakršnekoli zdravstvene težave, ki vas ovirajo pri opravljanju dela?		