



**LÉKY PROTI ALERGIÍ**☐ **Žádné alergie mi nejsou známy**

Název	Reakce

**PŘEDEPSANÉ LÉKY**

Název léku	Množství a četnost	Přibližná doba začátku užívání	Důvod užívání

**POTRAVINOVÉ DOPLŇKY A VOLNĚ PRODEJNÉ LÉKY**

Název	Množství a četnost	Přibližná doba začátku užívání	Důvod užívání

**VYŠETŘENÍ**

TEST	Datum posledního testu	Výsledky - závěr

♀ **ŽENY:** Prosím zaškrtněte vše příslušné

	NIKDY	OBČAS	ČASTO	VELMI ČASTO
Porucha spánku				
Úzkost / Nervozita				
Podrážděnost				
Deprese / Změny nálad				
Chuť na jídlo (sladké, slané)				
Pocity horka (návaly)				
Noční pocení				
Suchost vaginální sliznice				
Únik moči				
Suchá kůže / Vrásky				
Suché vlasy				
Únava				
Ztráta paměti				
Nesoustředěnost				
Padání vlasů				
Ztráta libida / Orgasmu				
Úbytek svalů/ Svalová ochablost				
Bolesti svalů a kloubů				
Ztráta pubického ochlupení				

♂ **MUŽI:** Prosím zaškrtněte vše příslušné

	NIKDY	OBČAS	ČASTO	VELMI ČASTO
Suchá kůže				
Suché vlasy				
Porucha spánku				
Únava				
Ztráta paměti				
Nesoustředěnost				
Úzkost / Nervozita				
Podrážděnost				
Deprese				
Ztráta libida / Orgasmu				
Sexuální dysfunkce – porucha erekce				
Předčasná ejakulace				
Svalová ochablost				
Úbytek svalové hmotnosti				
Bolesti svalů a kloubů				
Ztráta mužnosti				
Ztráta sebevědomí, průbojnosti				

**PORODNICKÁ A GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA (Ženy)**

Poslední menstruace:	Věk prvních příznaků menstruace:
<i>Pokud stále menstruuje:</i> cyklus _____ dní <i>Zakroužkujte jestliže menstruace:</i> silná, nepravidelná nebo bolestivá	
Jste těhotná: NE    ANO	Kojíte: NE    ANO
Pokoušíte se o těhotenství: NE    ANO	
Počet těhotenství: _____	Potraty _____
Počet dětí _____ (Přirozený porod ____ Císařský řez ____ ) Mimoděložní těh. _____	

**OSOBNÍ A SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA**

Zaměstnání:	Úroveň stresu (0 -10):
Manželský status:	Cítíte se ve svém partnerském vztahu bezpečně: ANO    NE:
Počet dětí: _____	
Užívání alkoholu	Pokud ANO, jaký druh: _____ Jaké množství / týdně:
NE    ANO	
Tabákové výrobky:	Pokud ANO, počet let kouření _____ Datum ukončení: _____
NE    ANO	Krabiček/denně: _____ Cigaret/denně: _____ Žvýkacích bonbónů/denně: _____ Dýmka/denně: _____
Nepravidelné užívání drog:	
NE    ANO	pokud ANO, použili jste při tom jehlu:    NE    ANO
Sexuálně aktivní:	Heterosexuál <i>Antikoncepce:</i> Bisexuál      Současná metoda užívání: _____ Homosexuál      Poslední metoda užívání: _____
NE    ANO	
<b>Aktivity / Koníčky</b>	

<b>DALŠÍ SYSTÉMOVÉ PŘÍZNAKY</b> Zaškrtněte prosím ANO při každém symptomu, který jste zažil/a a stručně jej popište.		
	ANO	
Horečky / Zimnice		
Vyčerpání		
Úbytek / Přírůstek hmotnosti		
Zvětšení lymfatických uzlin		
Časté modřiny		
Neostré vidění		
„Zvonění“ v uších		
Poruchy sluchu		
Vřidky v ústech		
<b>Kardiovaskulární systém:</b>		
Bolesti na hrudi v klidu nebo při námaze		
Studené ruce / studené nohy		
Otoky nohou		

<b>Gastrointestinální systém</b>	<b>ANO</b>	
Zácpa		
Průjem		
Nadýmání		
Nadměrné říhání, pálení „žáhy“		
Plynatost		
Krev ve stolici		
Žízeň: nadměrná / nedostatečná		
<b>Urogenitální systém</b>		
Bolesti při močení		
Zakalená / krvavá moč		
Časté močení		
Potíže při močení		
Únik moči		
<b>Pohybový systém</b>		
Navštěvujete ortopeda?		
Nebo pravidelné fyzioterapie a masáže?		
Bolesti zad		
Bolesti krční páteře		
Bolesti ramen / kloubů		
Bolesti kyčlí		
Bolesti kolen		
Ostatní		
Svalová slabost		
<b>Kožní systém</b>		
Akné		
Suchá pleť		
Masticí se pleť		
Ztráta pružnosti / pevnosti		
Vrásky		
Pigmentace / Jizvičky		
Máte na kůži zhoubné novotvary?		
Používáte ochranný opalovací krém?		
Po opalování býváte... (zakroužkujte)	spálení	někdy spálení    zřídka spálení    nikdy spálení    opálení
Navštěvujete solární studia? (četnost)		
Podstoupili jste v minulosti tyto zákroky: botox, rejuvenace pleti nebo laser?		
Máte zájem o dermatologickou konzultaci?		
<b>Emocionální screening</b>		
Navštěvujete psychiatra?		
Deprese		
Úzkosti		
Stres		

*Všechny otázky výše jsem zodpověděl(a), jak nejlépe jsem mohl/a.*

**Podpis pacienta:**

**ZHODNOCENÍ VÝŽIVY**

Příjem zeleniny (prosím zakroužkujte):	<input type="checkbox"/> ≤ 10 %	<input type="checkbox"/> 20 – 40 %	<input type="checkbox"/> 41 – 60 %	<input type="checkbox"/> 60 % ≤
Počet jídel denně:	Jaká potrava a kdy?			
Potravinové alergie:				
Neoblíbené potraviny				
Potraviny, které preferujete?	Nějaký specifický čas - den/měsíc, kdy na ně máte chuť?			
Budíte se v noci hladý?	Když ano, co děláte?			
ANO    NE				
Styl chování (zaškrtněte prosím pouze jedno):				
<input type="checkbox"/> Vždy klidný a bezstarostný		<input type="checkbox"/> Málokdy klidný, neustále v pohybu		
<input type="checkbox"/> Většinou klidný a bezstarostný		<input type="checkbox"/> Nikdy bezstarostný, velice ctižádostivý		
<input type="checkbox"/> Občas klidný, často netrpělivý		<input type="checkbox"/> Vystresovaný, problém relaxovat		

	NE	ANO		NE	ANO	Když ne vy, tak kdo?
Má partner nadváhu?			Plánuji své jídlo			
Denně se stravuji v restauracích			Vařím si jídlo			
Stravuji se v restauraci ..... týdně			Nakupuji jídlo			
Denně navštěvuji „fastfood“			Používám nákupní seznam potravin			
Navštěvuji „fastfood“ ..... týdně			Používám náhražky cukru – sladidla			Jaké?
Piji sycené nápoje (cola apod.)			Používám máslo			
Jím, pokud jsem ve stresu			Používám margarín			
Jsem neustále ve stresu			Piji kávu nebo čaj: Kolik šálků denně.....			
Nejím pravidelně			Stravuji se dle (dieta, styl aj.)			

<b>Pokud chcete snížit hmotnost, prosím odpovězte na tyto otázky.</b>	
Cílová hmotnost:	V jakém časovém rozmezí byste chtěli dosáhnout této hmotnosti:
Vaše hmotnost v minulém roce:	
Nejvyšší hmotnost (těhotenství se nepočítá) a kdy:	Nejnižší váha v dospělosti (18 a více):
Hlavní důvod pro snížení hmotnosti :	
Kdy jste začali přibírat na váze? (Pokud víte, udejte i důvody):	
Dřívější diety	Přibližné datum a výsledky úbytku hmotnosti

Typická snídaně

---

---

---

Čas jídla: \_\_\_\_\_

Kde: \_\_\_\_\_

S kým: \_\_\_\_\_

Typický oběd

---

---

---

Čas jídla: \_\_\_\_\_

Kde: \_\_\_\_\_

S kým: \_\_\_\_\_

Typická večeře

---

---

---

Čas jídla: \_\_\_\_\_

Kde: \_\_\_\_\_

S kým: \_\_\_\_\_

Úroveň aktivity, **zaškrtněte pouze jedno**

- neaktivní: žádná pravidelná fyzická aktivita (kancelářské práce).
- lehce aktivní: žádná organizovaná fyzická aktivita během volného času.
- středně aktivní: občasné zapojení do aktivit jako tenis, plavání, cyklistika, golf atd.
- velmi aktivní: časté zvedání břemen, chůze do schodů, namáhavé povolání, pravidelná návštěvnost hodin jógy, plavání, cyklistika anebo aktivní sport minimálně 3 x týdně.
- energicky aktivní: účast při náročných fyzických cvičeních aspoň 60 minut za sezení, minimálně 4 x do týdne.

Prosím popište své cíle a zlepšení v oblasti zdraví, kterých byste chtěli dosáhnout:

---

---

*Tyto informace nám pomohou při analýze vašich problémů a při vytvoření vašeho léčebného plánu. Děkujeme vám za vaši trpělivost a čas při vyplňování tohoto formuláře.*

**Případné poznámky:****Podpis pacienta:** \_\_\_\_\_