

Identifikační údaje a osobní anamnéza

Jméno a příjmení:	Rodné číslo:
Bydliště:	Pojišťovna:
Zaměstnání:	Telefon / e-mail:

Alergie:	Kouření: <u>Ne / Ano, kolik:</u>
Léky:	Alkohol nebo jiné návykové látky:

Zdravotní stav - závažné choroby, pro které se léčíte nebo se v minulosti léčil:

Operace - jaké, kdy:

Rodinná anamnéza:

Vaše matka - jméno, rok narození, zdravotní stav, v případě úmrtí věk a příčina smrti:

Matka matky - jméno, rok narození, zdravotní stav, v případě úmrtí věk a příčina smrti:

Otec matky - jméno, rok narození, zdravotní stav, v případě úmrtí věk a příčina smrti:

Sourozenci matky - jméno, rok narození, zdravotní stav, v případě úmrtí věk a příčina smrti, počet a pohlaví dětí:

Jméno a příjmení:

RČ:

Rodinná anamnéza:

Váš otec - jméno, rok narození, zdravotní stav, v případě úmrtí věk a příčina smrti:

Matka otce - jméno, rok narození, zdravotní stav, v případě úmrtí věk a příčina smrti:

Otec otce - jméno, rok narození, zdravotní stav, v případě úmrtí věk a příčina smrti:

Sourozenci otce - jméno, rok narození, zdravotní stav, v případě úmrtí věk a příčina smrti, počet a pohlaví dětí:

Vaši sourozenci (vlastní i nevlastní) - jméno, rok narození, zdrav. stav, v případě úmrtí věk a příčina smrti, počet a pohlaví dětí a jejich zdrav. stav:

Vaše děti z předchozích vztahů - jméno, rok narození, zdrav. stav:

Vrozené a dědičné choroby v rodině:

Vrozené vývojové vady, mentální retardace, hluchota, slepota, jiné vady a onemocnění:

- vyplňte, o jakou vadu se jedná, a u kterých členů rodiny se postižení objevilo (včetně zemřelých příbuzných)
- na konzultaci doneste lékařské zprávy s výsledky dosud provedených vyšetření!

Příbuzenské sňatky: Ne / Ano, jaké:

Vyplnil

Dne

Podpis