



Numele:

.....

Prenumele:

.....

Data nasterii:

.....

Firma:

.....

Vă rugăm să răspundeți la întrebări cât mai exact, bifând caseta corespunzătoare și subliniind sau completând, dacă este necesar. Dacă nu sunteți sigur la întrebări, lăsați-le fără răspuns. Întrebările pot fi clarificate în discuția cu medicul. Chestionarul servește ca pregătire pentru o conversație personală între dvs. și medicul dvs.

Informațiile dvs. sunt supuse confidențialității medicale și în nici un caz nu vor fi comunicate altei persoane.

<b><u>I. Anamneza:</u></b>	<b>DA</b>	<b>NU</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aveți probleme de sănătate la locul de muncă?</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dacă DA-care: _____		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ați avut accidente cu urmări grave?</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dacă DA-care: _____		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aveți un grad de handicap?</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dacă DA-care: _____		
<b><u>II. Suferiți sau ați suferit de următoarele boli?</u></b>	<b>DA</b>	<b>NU</b>
boli de ochi (Miopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- purtați ochelari sau lentile de contact?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
boli de urechi (Surditate, tinitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- purtați aparat de auz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
boli de glanda tiroidă?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
boli cardiovasculare (infarct cardiac, tensiune arterială)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
boli pulmonare (tuberculoză, astm bronșic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
boli de ficat, vezică biliară, pancreas (Hepatită)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
boli de stomac sau intestin (gastrită, ulcer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetul zaharat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dacă DA - injectați insulină?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
boli de rinichi, vezică urinară	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
boli ale coloanei vertebrale (hernie de disc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
boli articulare (reumatism, artroză)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
boli de nervi (ameteala, migrena, epilepsie, accidente vasculare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
boli psihice (schizofrenie, demență)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
boli de piele (eczeme, psoriazis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Numele:</b> _____	<b>DA</b>	<b>NU</b>
Alergii? - daca DA- care?  _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aveți tulburări de respirație legate de somn (apnee de somn) - sunteți uneori foarte obosit în timpul zilei? - Ați adormit vreodată câteva secunde în timp ce lucrați? - Ați adormit vreodată în timp ce conduceți un vehicul?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aveți alte boli cronice sau probleme de sănătate - daca DA-care?  _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ați fost vreodată internat în spital (operații, accidente) – daca DA-cind și de ce  _____  _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>III. Starea actuală de sănătate:</b>	<b>DA</b>	<b>NU</b>
• Va simțiți în momentul de față sănătoși? - daca NU-ce probleme aveți?  _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Va aflați în tratament medical? - daca DA-de ce:  _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Luați medicamente în mod regulat? - daca DA-care:  _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Consumați alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fumați?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Consumați droguri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pentru femei: Exista posibilitatea să fiți însărcinată	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Prin prezenta, declar că am răspuns la toate întrebările în mod sincer și corect.  
- Sunt de acord cu stocarea electronică a datelor mele.  
- Toate informațiile sunt supuse confidențialității medicale. Dezvăluirea datelor mele personale necesită permisiunea mea scrisă.

Regensburg, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *semnatura*