

## VPRAŠALNIK

Priimek in ime: \_\_\_\_\_ EMŠO: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_ Starost v letih: \_\_\_\_\_ let

Naslov bivališča: \_\_\_\_\_  
(vključno s poštno številko in imenom kraja)

Telefonska številka: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
(na ta e-mail prejmete izvide po zaključenem pregledu)

Vaš osebni zdravnik: \_\_\_\_\_  
(vključno z imenom zdravstvenega doma ali ambulante)

Sedanja zaposlitev: \_\_\_\_\_  
(podjetje in delovno mesto)

Skupna delovna doba: \_\_\_\_\_ let Delovna doba na sedanjem del. mestu: \_\_\_\_\_ let

Izobrazba: \_\_\_\_\_ Poklic: \_\_\_\_\_

Oddaljenost od službe: \_\_\_\_\_ km Prevoz v službo: *peš kolo avto javni prevoz*

Menjava izmen: 1 2 3 4 \_\_\_\_\_

Zakonski status: \_\_\_\_\_ Število otrok: \_\_\_\_\_ Starost otrok: \_\_\_\_\_

So otroci preskrbljeni: DA NE

Št. obrokov dnevno: \_\_\_\_\_ Ali jeste zajtrk: DA NE

Koliko ur na dan spite: \_\_\_\_\_

S katerimi rekreativnimi dejavnostmi se ukvarjate: \_\_\_\_\_

Kolikokrat na teden se ukvarjate z rekreativno dejavnostjo vsaj 30min tako, da se zadihate: \_\_\_\_\_

Ali je kdo v vaši ožji družini zbolel ali umrl zaradi katere izmed sledečih bolezni:

Rak:	DA	NE
Tuberkuloza:	DA	NE
Sladkorna bolezen:	DA	NE
Duševne bolezni:	DA	NE
Zvišan pritisk, srčni infarkt, možganska kap:	DA	NE
Astma:	DA	NE
Naglušnost:	DA	NE

Kako bi na splošno ocenili vaše zdravje: *Odlično / Zelo dobro / Dobro / Ne preveč dobro / Slabo*

Ali ste pod stresom? DA NE

razlog: \_\_\_\_\_

Ali se vam zdi, da ste na delovnem mestu preobremenjeni? DA NE

razlog: \_\_\_\_\_

Ali imate dovolj časa, da opravite vse naložene delovne naloge? DA NE

Ali lahko med delom sami določate kako boste naloge opravljali? DA NE

Ali se na delovnem mestu s sodelavci razumete, ali jih lahko prosite za pomoč? DA NE

Ali ste bili zadnja dva meseca bolni? DA NE

vrsta bolezni: \_\_\_\_\_

Ali redno jemljete zdravila? DA NE

katera: \_\_\_\_\_

Ali nosite očala/kontaktne leče? DA NE

Ali ste imeli kdaj napade epilepsije (božjast)? DA NE

Ste kdaj izgubili zavest? DA NE

Ste se kdaj zdravili zaradi duševnih bolezni? DA NE

Ali ste kdaj imeli pretres možganov? DA NE

Ali ste imeli kdaj katero izmed naslednjih bolezni: vrtoglavica, glavoboli, meningitis?	DA	NE
Ste kdaj imeli obolenja kože?	DA	NE
Ali ste imeli kdaj alergijsko obolenje? katero: _____	DA	NE
Ali vas bolijo oziroma so vas kdaj bolela ušesa?	DA	NE
Ste imeli kdaj poškodbo, operacijo ali posege na ušesih?	DA	NE
Ste imeli kdaj bolezen pljuč?	DA	NE
Imate težko sapo pri hoji v hrib?	DA	NE
Ste imeli kdaj astmatične napade?	DA	NE
Ali kašljate vsaj 2 meseca na leto?	DA	NE
Ali izkašljujete?	DA	NE
Ste imeli kdaj kakšno bolezen na srcu?	DA	NE
Se zdravite zaradi povišanega krvnega pritiska?	DA	NE
Ali imate sladkorno bolezen? Se zdravite z: <i>zdravili / inzulinom / ste na dieti</i>	DA	NE
Ali ste imeli kdaj ugotovljen povišan sladkor?	DA	NE
Ste imeli kdaj težave s prebavili?	DA	NE
Ste imeli kdaj zdravstvene težave zaradi želodca ali dvanajsternika ali jeter?	DA	NE
Ste kdaj preboleli zlatenico?	DA	NE
Ali ste imeli kdaj težave z ledvicami ali mehurjem?	DA	NE
(Moški) Ali ste imeli kdaj težave zaradi obolenja na spolovilih? (Ženske) Ali imate bolezn rodil?	DA	NE
Ali ste imeli kdaj težave s hrbtenico?	DA	NE
Ste imeli kdaj bolezn sklefov ali kosti?	DA	NE
Ali ste bili kdaj poškodovani? kdaj: _____ kako: _____	DA	NE
Ste bili kdaj operirani? kdaj: _____ kaj: _____	DA	NE
Ste bili kdaj udeleženi v prometni nesreči? kdaj: _____ kot: <i>voznik / sopotnik / pešec / kolesar</i>	DA	NE
Ali kadite? DA NE	Koliko let kadite / ste kadili:	
Ste kdaj kadili? DA NE	Koliko cigaret dnevno:	
Ste se kdaj zdravili zaradi odvisnosti od drog/psiho-aktivnih substanc/alkohola?	DA	NE
Ste kdaj bili reden/občasen uživalec drog/psiho-aktivnih substanc?	DA	NE
Ali uživate alkoholne pijače? Koliko meric* alkoholne pijače ponavadi popijete? (* 1 merica = 2,5dcl piva / 1dcl vina / 0,3dcl žgane pijače)	<i>nikoli / 1x na mesec / 2-4x na mesec / 2-3x na teden / 4x ali večkrat na teden 0-1 merice / 2 merici / 3-4 merice / 5-6 meric / 7 in več meric</i>	
Imate priznano invalidnost? Zaradi katere bolezni: _____ Katera kategorija: _____ Od kdaj: _____	DA	NE

S podpisom potrjujem, da so navedeni podatki resnični in dajem privolitev za obdelavo osebnih podatkov za namene opravljanja preventivnega zdravstvenega pregleda in s pregledom povezanih dejavnosti ter vpogled v svojo zdravstveno dokumentacijo (Centralni Register Podatkov o Pacientih) zdravniku Ambulante EOS d.o.o.

Podpis: \_\_\_\_\_