

REGISTRAČNÝ FORMULÁR



OČNÁ
KLINIKA
KULANGA
S NAMI VIDÍTE LEPŠIE

ZÁKLADNÉ ÚDAJE				
Priezvisko:	Meno:	Titul pred:	Titul za:	Pohlavie: <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/> M
Rodné číslo:	Dátum narodenia:	Poistovňa:	<input type="checkbox"/> VŠZP <input type="checkbox"/> Dôvera <input type="checkbox"/> Union <input type="checkbox"/> Iné:	
Email:		Telefón (mobil):		
Mesto:	Ulica:	PSČ:		
Povolanie: (dobrovoľné)	Zamestnávateľ: (dobrovoľné)			
DOBROVOĽNÉ: BLÍZKA OSOBA (U DETÍ RODIČ)				
Celé meno:		Blízkostný vtáh: <input type="checkbox"/> matka/otec <input type="checkbox"/> dcéra/syn <input type="checkbox"/> manžel (-ka) <input type="checkbox"/>		
Email:		Telefón (mobil):		
Mesto:	Ulica:	PSČ:		
KDE STE O NÁS POČULI A KOMU SA ZA TO MÔŽME POĎAKOVAŤ?				
<input type="checkbox"/> rodina/známy (uvedte meno a kontakt)		<input type="checkbox"/> lekár (uvedte meno a kontakt)		
<input type="checkbox"/> internet (kde?)	<input type="checkbox"/> leták (uvedte kde)	<input type="checkbox"/> noviny (ktoré?)	<input type="checkbox"/> billboard (ktorý?)	
ÚDAJE K ZDRAVIU OČÍ				
Dôvod Vašej dnešnej návštevy: _____				
Kvapky a lieky, ktoré pravidelne užívate: _____				
Všetky Vaše OČNÉ operácie, lasery, zranenia: _____				
Ostatné dôležité pobyty v nemocnici a operácie: _____				
Ďalšie problémy s očami: _____				
Ktoré pomôcky používate?	<input type="checkbox"/> okuliare do diaľky <input type="checkbox"/> okuliare na čítanie <input type="checkbox"/> multifokálne okuliare <input type="checkbox"/> kontaktné šošovky <input type="checkbox"/> lupy <input type="checkbox"/> žiadne <input type="checkbox"/> iné:			
Označte ochorenia, ktoré sa vyskytli vo Vašej rodine	<input type="checkbox"/> degenerácia makuly <input type="checkbox"/> šedý zákal (katarakta) <input type="checkbox"/> slepota <input type="checkbox"/> zelený zákal (glaukóm) <input type="checkbox"/> silná krátkozrakosť <input type="checkbox"/> iné:			

REGISTRAČNÝ FORMULÁR



OČNÁ
KLINIKA
KULANGA
S NAMI VIDÍTE LEPŠIE

ĎALŠIE ZDRAVOTNÉ ÚDAJE	ÁNO	NIE	PROSÍM UPRESNITE
ALERGIE NA LIEKY A INÉ LÁTKY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VŠEOBECNÉ (horúčka, kašeľ, nezvyčajná únava, úbytok na váhe, závažné ochorenia v detstve, atď.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
UŠI, NOS, KRK (slabý sluch, upchatý nos, bolesti uší, kašeľ, sucho v ústach, afty, atď.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SRDCE A CIEVY (kardiostimulátor, defibrilátor, vysoký alebo nízky krvný tlak, búšenie srdca, atď.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DÝCHANIE (dýchavičnosť, chrápanie, atď.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TRÁVIACI TRAKT (zápalové ochorenia, pálenie záhy, vredy, atď.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OBLIČKY, MOČOVÉ CESTY, POHLAVNÉ ORGÁNY (bolesti, pálenie, časté močenie, atď.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
U ŽIEN Ste tehotná? Dojčíte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SVALY, KOSTI, KLBY (bolesti, stuhnutosť, nahybnosť, napuchnutie, zápal, reuma, atď.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
POKOŽKA (suchá pokožka, začervenanie, neurodermitída, pľuzgiere, škvvrny, atď.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NEUROLOGICKÉ (necitlivosť končatín, bolesti hlavy, ochrnutie, porážka, atď.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ALERGIE A IMUNITA (kýchanie, nádcha, svrbenie, urtikárie, reuma, lupus, sjörgen, atď.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PSYCHIKA (strach, depresie, nespavosť, atď.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
KRV A LYMFY (krvácania, modriny, chudokrvnosť, vysoký cholesterol, atď.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ONKOLOGICKÉ OCHORENIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
METABOLIZMUS (štítna žľaza – hypo, hyper, atď.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CUKROVKA typ <input type="checkbox"/> 1 (detská) <input type="checkbox"/> 2 (starecká) liečená <input type="checkbox"/> bez inzulínu <input type="checkbox"/> s inzulínom Posledný HbA1C (v %):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Postrehy a iné informácie:

Dátum

Podpis