





**6. Van-e Önnek valamilyen allergiája:**

- nincs
- van – jellege:
- Gyógyszerérzékenység.....
- Egyéb allergia/érzékenység.....
- .....
- .....

**7. Kapott-e Ön valaha vérátömlesztést?**

- nem
- igen – időpontja.....

**8. Kapott-e Ön felnőttkorában valamilyen védőoltást?**

- nem
- igen – Típusa: ..... Időpont: .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**9. Kérjük adja meg az alábbi adatait:**

Testsúly: .....

Testmagasság: .....

Haskőrfogat (cm): .....

**10. Vérnyomásmérési adatok (a rendelőben történik):**

Vérnyomás bal kar: .....

Vérnyomás jobb kar: .....

Pulzus: .....

Vérnyomás bal boka: ..... Boka/kar index:.....

Vérnyomás jobb boka: ..... Boka/kar index:.....

**11. Visel Ön szemüveget?**

- nem
- igen – Kérjük adja meg a dioptria számát:
- Bal szem: ..... Jobb szem: .....

**12. Szed-e rendszeresen vérnyomáscsökkentő gyógyszereket?**

- igen
- nem

**13. Mértek-e Önnél valaha magas vércukor értéket (orvosi vizsgálatkor, betegség, várandósság esetén)?**

- igen
- nem

**14. Mikor volt utoljára laborvizsgálaton (vérvétel, vizelet vizsgálat)?**

- 1 éven belül  
 Hol végezték a laborvizsgálatot?  
 Szentendrén  
 Máshol (Ez esetben, kérjük hozzon részünkre egy másolatot a laboreredményéről)
- 1 évnél régebben  
 Amennyiben 1 éven túl volt a legutóbbi vér- és vizelet vizsgálaton, akkor kérjük jelentkezzen rendelési időben személyesen vagy emailben, hogy beutalót készíthessünk Önnek mert időszerűvé válik a következő labor szűrővizsgálat.

**Népegészségügyi szűrővizsgálatok eredményei és időpontjai****1. Mikor volt utoljára nőgyógyászati szűrővizsgálaton (méhnyakszűrés)?**

Év: ..... Eredmény (ha tudja, töltse ki):.....

**2. Mikor volt utoljára mammográfiás szűrővizsgálaton (emlőszűrés)?**

Év: ..... Eredmény (ha tudja, töltse ki):.....

**3. Mikor volt utoljára vastagbél szűrővizsgálaton (székletvér vagy kolonoszkópos vizsgálat)?**

Év: ..... Eredmény (ha tudja, töltse ki):.....

**4. Mikor volt utoljára szemészeti vizsgálaton?**

Év: ..... Eredmény (ha tudja, töltse ki):.....

**5. Mikor volt utoljára tüdőszűrésen?**

Év: ..... Eredmény (ha tudja, töltse ki):.....

**6. Mikor volt utoljára urológiai vizsgálaton?**

Év: ..... Eredmény (ha tudja, töltse ki):.....

**Általános kérdések****1. Az Ön jelenlegi gazdasági aktivitása fő munkáját tekintve?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> teljes munkaidős alkalmazásban álló | <input type="checkbox"/> részmunkaidős alkalmazásban álló          |
| <input type="checkbox"/> segítő családtag                    | <input type="checkbox"/> teljes munkaidős vállalkozó               |
| <input type="checkbox"/> részmunkaidős vállalkozó            | <input type="checkbox"/> alkalmi munkás, napszámos                 |
| <input type="checkbox"/> munkanélküli                        | <input type="checkbox"/> öregségi vagy özvegyi nyugdíjas           |
| <input type="checkbox"/> rokkantsági nyugdíjas, járadékos    | <input type="checkbox"/> nappali tagozaton tanul                   |
| <input type="checkbox"/> gyermekgondozási ellátáson van      | <input type="checkbox"/> háztartásbeli, ill. családját látja el    |
| <input type="checkbox"/> egyéb inaktív                       | <input type="checkbox"/> nem tud válaszolni / nem kíván válaszolni |

**2. Milyen az Ön egészsége általában?**

- |                                    |                                       |  |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> nagyon jó | <input type="checkbox"/> jó           | <input type="checkbox"/> kielégítő                                 |
| <input type="checkbox"/> rossz     | <input type="checkbox"/> nagyon rossz | <input type="checkbox"/> nem tud válaszolni / nem kíván válaszolni |

### 3. Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> nagyon sokat tehet | <input type="checkbox"/> sokat tehet        | <input type="checkbox"/> keveset tehet        |
| <input type="checkbox"/> semmit sem tehet   | <input type="checkbox"/> nem tud válaszolni | <input type="checkbox"/> nem kíván válaszolni |

### Táplálkozás

#### 1. Milyen gyakran fogyaszt zöldséget vagy gyümölcsöt?

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> minden nap     |
| <input type="checkbox"/> nem minden nap |

#### 2. Hányszor étkezik naponta?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 alkalommal       | <input type="checkbox"/> 2 alkalommal            |
| <input type="checkbox"/> 3 alkalommal       | <input type="checkbox"/> 4 alkalommal            |
| <input type="checkbox"/> 5 alkalommal       | <input type="checkbox"/> több, mint 5 alkalommal |
| <input type="checkbox"/> nem tud válaszolni | <input type="checkbox"/> nem kíván válaszolni    |

#### 3. Naponta mennyi folyadékot fogyaszt? (például: víz, ásványvíz, tea, leves – az alkoholt vagy energiatalt ne számítsa!)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> kevesebb, mint 0,5 liter   | <input type="checkbox"/> 0,5 és 1 liter között                     |
| <input type="checkbox"/> 1,0 - 1,5 liter között     | <input type="checkbox"/> 1,5 és 2 liter között                     |
| <input type="checkbox"/> 2 és 2,5 liter             | <input type="checkbox"/> 2,5 és 3 liter között                     |
| <input type="checkbox"/> több mint 3 litert naponta | <input type="checkbox"/> nem tud válaszolni / nem kíván válaszolni |

#### 4. Tart valamilyen diétát?

- |                               |
|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> igen |
| <input type="checkbox"/> nem  |

Amennyiben diétát tart, annak jellegét kérjük jelölje be az alábbi felsorolásban:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> cukorbetegség diétája                              | <input type="checkbox"/> sószegény étrend                          |
| <input type="checkbox"/> energiaszegény (kalóriaszegény) étrend (fogyókúra) |  |
| <input type="checkbox"/> energiagazdag (kalóriadús) étrend                  | <input type="checkbox"/> fehérjeszegény étrend                     |
| <input type="checkbox"/> fehérjegyazdag étrend                              | <input type="checkbox"/> zsírszegény étrend                        |
| <input type="checkbox"/> epekímélő étrend                                   | <input type="checkbox"/> gyomorkímélő étrend                       |
| <input type="checkbox"/> rostdús étrend                                     | <input type="checkbox"/> vegetáriánus étrend                       |
| <input type="checkbox"/> vegán étrend                                       | <input type="checkbox"/> makrobiotikus étrend                      |
| <input type="checkbox"/> lakto-ovo vegetáriánus                             | <input type="checkbox"/> szemivegetáriánus                         |
| <input type="checkbox"/> lisztérzékeny diéta                                | <input type="checkbox"/> tejérzékeny diéta                         |
| <input type="checkbox"/> semmilyen étrendet nem követ                       | <input type="checkbox"/> nem tud válaszolni / nem kíván válaszolni |

### Testmozgás

#### 1. Végez-e legalább 30 perces mérsékelt fizikai tevékenységet naponta?

- |                               |
|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> igen |
| <input type="checkbox"/> nem  |

**2. Végez-e legalább heti háromszor, összesen legalább 75 perc erőteljes vagy 150 perc mérsékelt testmozgást?**

- igen  
 nem

**3. Mennyi időt tölt Ön ülve egy átlagos napon?**

Ez magában foglalja azt az időt, amikor íróasztal mellett ül, vagy meglátogatja a barátait és velük üldögél, esetleg tanul vagy tévézik.

- legfeljebb 5 és fél óra (0:00- 5:30)  
 több, mint 5 és fél óra, de legfeljebb 8 és fél óra (5:31- 8:30)  
 több, mint 8 és fél óra (8:31- )  
 nem tud válaszolni / nem kíván válaszolni

**Alkohol**

**1. Milyen gyakran iszik alkohol tartalmú italt?**

- 1 – Soha  
 2 – Havonta, vagy kevesebbszer  
 3 – Kétszer vagy négyszer egy hónapban  
 4 – Kétszer vagy háromszor egy héten  
 5 – Négyszer vagy többször egy héten  
 8 – Nem tud válaszolni  
 9 – Nem kíván válaszolni

**Az alábbi kérdésekre (2-5 pontok) csupán a fenti 2-5. válaszok esetén kérjük kitölteni:**

**2. Érezte-e valaha szükségét annak, hogy visszavegyen az addig fogyasztott alkohol mennyiségből?**

- igen  nem  
 nem tud válaszolni  nem kíván válaszolni

**3. Bosszantották-e, zavarták-e Önt az alkoholfogyasztását ért kritikák?**

- igen  nem  
 nem tud válaszolni  nem kíván válaszolni

**4. Van-e bűntudata a sok alkohol fogyasztása miatt?**

- igen  nem  
 nem tud válaszolni  nem kíván válaszolni

**5. Ébredéskor szükségét érezte-e valaha annak, hogy a feszültségét alkohol fogyasztással oldja?**

- igen  nem  
 nem tud válaszolni  nem kíván válaszolni

**Dohányzás****1. Dohányzik-e jelenleg?**

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| 1 - igen, naponta                           |                                 |
| 2 - igen, alkalmanként                      |                                 |
| 3 – soha nem dohányoztam                    |                                 |
| 4 - nem, kevesebb mint fél éve hagytam abba | Hány évig dohányzott? .....évig |
| 5 - nem, több mint fél éve hagytam abba     | Hány évig dohányzott? .....évig |

***Az alábbi kérdésekre (2-5 pontok) csupán a fenti 1-2. válaszok esetén kérjük kitölteni:***

**2. Hány éve dohányzik napi rendszerességgel?**

.....éve

**3. Átlagosan hány cigarettát szív el naponta?**

..... szál

**4. Ébredés után mennyi idő múlva szívja el az első cigarettáját?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 5 percen belül     | <input type="checkbox"/> 6-30 perc múlva         |
| <input type="checkbox"/> 31-60 perc múlva   | <input type="checkbox"/> több mint 60 perc múlva |
| <input type="checkbox"/> nem tud válaszolni | <input type="checkbox"/> nem kíván válaszolni    |

**5. Szándékában áll-e letenni a cigarettát a következő 30 napban?**

- igen  
 nem

**Lelki egészség****Mely válaszokat érzi magára vonatkozóan igaznak?**

<b><i>Kérjük, hogy a táblázatban a megfelelő helyen karikázza be a számot.</i></b>	<b>Egyáltalán nem igaz</b>	<b>Részben igaz</b>	<b>Nagymértékben igaz</b>	<b>Teljes mértékben igaz</b>
1. Sötéten látom a jövőmet.	0	1	2	3
2. Sosem fognak úgy alakulni a dolgok, ahogy én akarom	0	1	2	3
3. Főlölesleges igazán törni magam valamiért, amit akarok, mert valószínűleg úgysem érem el.	0	1	2	3
4. Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen és a helyzetem nem fog változni.	0	1	2	3

**Az alábbi kérdésekre (5-13. pontok) csupán a fenti 1-3. pontos válaszok esetén kérjük kitölteni:**

**Mely válaszokat érzi magára vonatkozóan igaznak?**

<b><i>Kérjük, hogy a táblázatban a megfelelő helyen karikázza be a számot.</i></b>	<b>Egyáltalán nem igaz</b>	<b>Alig jellemző</b>	<b>Jellemző</b>	<b>Teljesen jellemző</b>
5. Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt.	0	1	2	3
6. Semmiben nem tudok dönteni többé.	0	1	2	3
7. Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni.	0	1	2	3
8. Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.	0	1	2	3
9. Annyira aggódom a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.	0	1	2	3
10. Semmiféle munkát nem vagyok képes ellátni.	0	1	2	3
11. Úgy látom, hogy a jövő reménytelen és a helyzetem nem fog javulni.	0	1	2	3
12. Mindennel elégedetlen, vagy közömbös vagyok.	0	1	2	3
13. Állandóan hibáztatom magam.	0	1	2	3