**Cardio Control vizsgálat előtti kérdőív**

Kérjük figyelmesen olvassa el és legjobb tudása szerint töltse ki az alábbi egészségügyi kockázati szűrőlapot! Küldje vissza címünkre info@cardiocontrol.hu vagy hozza magával a vizsgálatra!

Köszönjük!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Név :  |  |  |
| Születési idő ( év.hó.nap.)  |  |  |
| Magasság :  |  |  |
| Súly:  |  |  |
| e-mail cím, melyre kéri az értékelést:  |  |  |
|  | Igen | Nem |
| Családban előfordul-e halmozottan szív- és érrendszeri megbetegedés ?  |  |  |
| Családban előfordult-e 50 év alatti szívinfarktus? |  |  |
| Családban előfordult-e veleszületett szívrendellenesség? |  |  |
| Családban előfordult-e trombózis? |  |  |
| Van vagy volt-e szív- és érrendszeri problémája? |  |  |
| Az Ön megítélése szerint, fáradékonyabb-e az átlagnál? |  |  |
| Voltak-e az utóbbi időben ájulásos, szédüléses panaszai? |  |  |
| Dohányzik? Ha igen, napi hány db \_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Vizsgálták-e már magas vérnyomás gyanújával? |  |  |
| Kezelték-e valaha magas vérnyomás miatt? |  |  |
| Megállapítottak-e Önnél valamikor magas koleszterin szintet? |  |  |
| Megállapítottak-e Önnél valamikor magas vércukor szintet? |  |  |
| Szívpanaszok miatt szedett-e gyógyszert? |  |  |
| Szed-e rendszeresen valamilyen gyógyszert? |  |  |
| …... Ha igen, mit ?  |  |
| Versenyszerűen sportol-e ? |  |  |
| Ha igen, mit ?  |  |
| Végez-e rendszeres testedzést? |  |  |
| Előfordult-e már, hogy vérvételnél elájult? |  |  |
| Használ-e valamilyen inhalációs készítményt?  |  |  |
| …... Ha igen, mit ?  |  |
| Folytat-e valamilyen diétát? |  |  |
| Volt-e valaha mellkasi fájdalma?  |  |  |
| Érzett-e valaha rohamszerűen fellépő szapora szívdobogást, vagy rendszertelen szívműködést ?  |  |  |
| Sz elmúlt 1-2 évben volt-e komolyabb vírusfertőzése, gyulladása?  |  |  |
| Előfordult-e, hogy nehéz légzés, sípoló légzés vagy köhögő roham lépett fel Önnél?  |  |  |
| Szükség volt-e valaha a testsúlyának növelésére vagy csökkentésére?  |  |  |
| **Betegségek** |
| Szívkoszorúér betegség  |  |  |
| → Angina pectoris |  |  |
| → Miokardiális infarktus |  |  |
| Magas vérnyomás |  |  |
| Szívritmuszavar |  |  |
| Agyvérzés |  |  |
| Cukorbetegség |  |  |
| Allergia |  |  |
| Krónikus légzőszerv betegség |  |  |
| Asztma |  |  |
| Krónikus hátfájás |  |  |
| Ízületi gyulladás |  |  |
| Csontritkulás |  |  |
| Szorongás, stressz |  |  |
| Depresszió |  |  |
| Daganatos betegség |  |  |
| Egyéb, jelentős betegség  |  |  |
|  |  |  |

A Cardio Control kérdőívét átolvastam, a kérdésekre legjobb tudomásom szerint válaszoltam. Az elvégezendő vizsgálat jellegéről részletes felvilágosítást kaptam, a vizsgálat menetéről , az esetleges kockázatokról tudomásom van. A kapott felvilágosítás után vállalom a részvételt. Kijelentem, hogy a vizsgálaton saját felelősségemre veszek részt. Amennyiben a vizsgálat után 24 órával rosszullét, ájulás következik be, a lehető leghamarabb orvoshoz fordulok és a kezelő orvost tájékoztatom, hogy terheléses vizsgálaton vettem részt.

Budapest, ……………………… …………………………………………………………

 páciens

 …………………………………………………………

 vizsgálatot végző ( orvos )