**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](mailto: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 )