



## Egészségügyi adatlap és beleegyező nyilatkozat

A Cardio Control Kft. átfogó, rendkívül alapos állapotfelmérő vizsgálatot készít, amely 5-10 percgig tartó arteriográfos vizsgálattal kezdődik, amit BIA készülékkel végzett testösszetétel vizsgálat követ. Ezután vérnyomásmérés, majd vérvétel következik, a laboratóriumi elemzésekhez.

A vizsgálat középponti részére, a kardio-pulmonális terheléses vizsgálatra nyugalmi EKG felvétele után kerül sor. A vizsgálat kb. 15 percgig tart, és jelentős megterheléssel jár, ezért a vizsgálat után 10 perc pihenés szükséges.

A vizsgálat előtti napon és a vizsgálat napján kérjük ne végezzen túlzott és tartós fizikai munkát, bő folyadékfogyasztás ajánlott, könnyű ételeket egyen, a zsíros ételek fogyasztása a vizsgálat előtt legalább 12 órán keresztül nem javasolt. A vizsgálatot megelőzően, legalább 4 órával cukros folyadék fogyasztása nem ajánlott, a vizsgálatot megelőzően 2 órával lehetőleg már ne egyen!

	Igen	Nem
Családjában előfordul-e halmozottan szív- és érrendszeri megbetegedés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Családjában előfordult-e 50 év alatti szívinfarktus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Családjában előfordult-e veleszületett szívrendellenesség?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Családjában előfordult-e trombózis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Van vagy volt-e szív- és érrendszeri problémája?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az Ön megítélése szerint fáradékonyabb-e az átlagnál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voltak-e az utóbbi időben ájulások, szédülékes panaszai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dohányzik? Ha igen, napi hány darab cigarettát szív?	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
Vizsgálták-e már magas vérnyomás gyanújával?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kezelték-e valaha magas vérnyomás miatt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Megállapítottak-e Önnél valamikor magas koleszterin szintet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Megállapítottak-e Önnél valamikor magas vércukor szintet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Igen	Nem
Szívpanaszok miatt szed-e gyógyszert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szed-e rendszeresen bármilyen gyógyszert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versenyszerűen sportol-e? Ha igen, kérjük írja ide a sportágat: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Részt vesz-e rendszeresen fitness edzéseken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Végez-e rendszeres testedzést?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Előfordult-e már, hogy vérvételnél elájult?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Említette önnek az orvosa, vagy tudja önmagáról, hogy az alábbi betegségei vannak?

Kérem, jelezze a betegség kezdetét!

Betegség	Igen	Nem	Év
Szívkoszorúér betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
▶ Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
▶ Miokardialis infarktus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Magas vérnyomás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Szívritmuszavar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Agyvérzés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cukorbetegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Allergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Krónikus légzőszerv betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Asztma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Krónikus hátfájás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Izületi gyulladás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Csontritkulás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Szorongás, stressz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Depresszió	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Daganatos betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Egyéb, jelentős betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

## Nyilatkozat

A Cardio Control Kft. egészségügyi alapját átolvastam, a kérdésekre legjobb tudomásom szerint válaszoltam. Az elvégzendő állapotfelmérő 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.

Budapest,

vizsgálat vezető / orvos

TAJ szám

páciens