**PACIENT/KA**

|  |
| --- |
| Jméno a příjmení …………………..Datum narození …………………..Bydliště ……………………………….Zaměstnání ………………………..Stav ………………………………………Důvod hospitalizace: .................................... |

**RA**

|  |
| --- |
| **Rodiče** Otec Rok narození/úmrtí ……………………Zdravotní stav ……………………………….Matka Rok narození/úmrtí ……………………Zdravotní stav ……………………………….**Sourozenci**Počet ………………………………. Zdravotní stav …………………….**Děti**Počet ………………………………. Zdravotní stav ……………………………….**Nemoci v rodině** ……………………………….**Prarodiče**Zdravotní stav 1)……………………………….2)……………… |

**OA**

|  |
| --- |
| Dětské nemoci ……………………………….Vážné nemoci ……………………………….Operace ……………………………….Úrazy ……………………………….Hospitalizace ……………………………….Alergie ..........................................Ženy: menstruace/porody/přechod1)………………………………. 2) ………………………………. 3) ……………………………….Váha dětí ……………………………….Krvácení/transfúze ………………………………. / ……………………………….Abúzus 1) ……………………………… 2) ………………………………. 3) ……………………………….Léky ………………………………. |

**SA + PA**

|  |
| --- |
| Byt ……………………………….S kým bydlí? ……………………………….Soběstačnost ……………………………….Zaměstnání: kde/pracovní doba/směny/služby 1) ……………………………….2) ………………………………. 3) ………………………………. 4) ……………………………….Vzdělání ………………………………. |

**NO**

|  |
| --- |
| Potíže ……………………………….Kdy/jak dlouho/poprvé? 1) ………………………………. 2) ………………………………. 3) …………………… |

**Fyziologické funkce**

|  |
| --- |
| Spánek, močení, stolice, chuť k jídlu1. ...................... 2)........................ 3)..................... 4)......................
 |