**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/přechod  1)………………………………. 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 jídlu   1. ...................... 2)........................ 3)..................... 4)...................... |