***Személyes adatok:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Név:** |  | **Születéskori név** |  |
| **Születési hely** |  | **Születési idő:** |  |
| **TAJ szám:** | |  | |
| **Lakcím:** |  | | |
| **Postázási cím (opcionális)** |  | | |
| **Email:** |  | **Telefonszám:** |  |

***Kórelőzményi adatok:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Korábbi és kísérő betegségek** (pl. magas vérnyomás; cukorbetegség; köszvény; szívbetegség; tüdőbetegség; műtétek)  **Jelen állapottal kapcsolatos vizsgálatok** (ultrahang, röntgen, CT, laborvizsgálatok és eredményük) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Szedett gyógyszerek neve és dózisa** | **Gyógyszer neve** | **Dózisa** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Gyógyszer és/vagy ételallergia** |  | |

***Aktuális panaszok:***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Általános tünetek*** | | | | |
| **Otthoni vérnyomás** | |  | **Otthoni vércukor** |  |
| **Aktuális testsúlyt** | |  | **Testmagasság** |  |
| **Lábdagadás** | | Igen / Nem | **Fulladás** | Igen / Nem |
| **Mellkasi fájdalom** | | Igen / Nem | **Szívdobogásérzés** | Igen / Nem |
| ***Specifikus panaszok:*** | | | | |
| **Írja le aktuális panaszait** |  | | | |

**Kérem, ha aktuális panaszaival összefüggésben az elmúlt időszakban történtek vizsgálatok, akkor azok eredményét scannelve küldje el ezen lelet kíséretében!**