

OČNÍ ORDINACE A OČNÍ OPTIKA OFTALMED

Jméno a příjmení (včetně titulů):

Telefonní číslo:

E-mail: E-mail nemám

Viděl/a jste v předškolním věku na obě oči stejně?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Nevím	
↳ Pokud NE, které oko bylo horší?	<input type="checkbox"/> PRAVÉ	<input type="checkbox"/> LEVÉ	<input type="checkbox"/> Nevím	
Šilhal/a jste v předškolním věku?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Nevím	
↳ Pokud ANO, které oko šilhalo?	<input type="checkbox"/> PRAVÉ	<input type="checkbox"/> LEVÉ	<input type="checkbox"/> Nevím	
Nosil/a jste okluzor (klapku přes oko)?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Nevím	
Vnímáte někdy dvojité vidění (diplopii)?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
↳ Pokud ANO, zhoršuje se při pohledu na dálku <input type="checkbox"/> nebo do blízka <input type="checkbox"/> ?				
Nosíte nebo jste v minulosti někdy nosili brýle do dálky (TV, auto,...)?	<input type="checkbox"/> ANO	↳ Pokud ANO, od kolika let? _____	<input type="checkbox"/> NE	
Nosíte nebo jste v minulosti někdy nosili brýle do blízka (čtení, PC)?	<input type="checkbox"/> ANO	↳ Pokud ANO, od kolika let? _____	<input type="checkbox"/> NE	
Nosíte nebo jste v minulosti nosili kontaktní čočky?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> KČ jsem nosil/a v minulosti, nyní už je nenosím	
↳ Pokud ANO, tak...	<input type="checkbox"/> denní	<input type="checkbox"/> 14 denní	<input type="checkbox"/> měsíční	<input type="checkbox"/> roční
↳ Pokud ANO, jaký je jejich název? Vypište... _____				
Prodělal/a jste oční operaci/operace nebo úraz?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
↳ Pokud ANO, jaký úraz, jakou operaci? Kdy a kde? Vypište... _____				
Léčíte se nebo jste sledován/a s nějakým očním onemocněním? (př. zelený zákal, záněty duhovky,...)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
↳ Pokud ANO, s jakým a kde? Vypište... _____				
Kapete pravidelně do očí nějaké kapky?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
↳ Pokud ANO, jaký mají název? Vypište... _____			<input type="checkbox"/> Název nevím	
↳ Kapete je do obou očí?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
↳ Pokud NE, tak pouze do kterého oka?	<input type="checkbox"/> PRAVÉHO	<input type="checkbox"/> LEVÉHO		
Byl/a jste v posledních 5 letech u očního lékaře?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
↳ Pokud ANO, kdy a u koho? Vypište... _____				
Léčí/léčil se někdo z Vaší rodiny s některým z těchto onemocnění (tupoizrakost, šilhání, zelený zákal, věkem podmíněná makulární degenerace, nádory oka,...)?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
↳ Pokud ANO, kdo a s čím? Vypište... _____				

Prosím, **OTOČTE** papír a vyplňte i druhou stranu dotazníku, děkujeme.

Důvod dnešní návštěvy?

Prevence, nic mě netrápí. Potřebuji nové brýle. Mám žádanku na oční vyšetření.

Jiný důvod? Vypište... _____

GELKOVÉ CHOROBY – LÉČÍTE SE NEBO JSTE SLEDOVÁNÍ S NĚKTERÝM Z TĚCHTO ONEMOCNĚNÍ?

Vysoký krevní tlak? ANO NE

↳ Pokud ANO, od kolik let se s ní léčíte? _____

Cukrovka? ANO NE

↳ Pokud ANO, od kolik let se s ní léčíte? _____

↳ Jak ji léčíte? TABLETY INZULÍN DIETA

Srdce (ischemická choroba srdeční, arytmie, infarkt)? ANO NE

Prodělal jste cévní mozkovou příhodu? ANO NE

Revmatologické onemocnění? ANO NE

Štítná žláza? ANO NE

Onkologické onemocnění? ANO NE

Deprese, úzkosti,...? ANO NE

Léčíte se nebo jste sledováni s nějakým jiným onemocněním? ANO NE

↳ Pokud ANO, s jakým? Vypište... _____

Užíváte pravidelně nějaké léky? ANO NE

↳ Pokud ANO, vypište číslo Vašeho občanského průkazu: _____

↳ Pokud u sebe občanský průkaz nemáte, vypište názvy léků: _____

Alergie na léky, jiné látky (pyl, prach)? ANO NE

Pokud ANO, jaké? Vypište... _____

Vaše zaměstnání? Vypište... _____

Jste držitelem řidičského oprávnění? ANO NE

↳ Pokud ANO, s jakým? A+B C D T

↳ Pokud ANO, jste řidičem z povolání? ANO NE

Hydraulická křesla v ordinacích mají max. pístové zatížení 150 Kg!

Pacienti vážící více jak 150 Kg jsou povinni tuto skutečnost hlásit

personálu! Nejsou-li si pacienti svou váhou jisti, je možné je

v ordinaci zvážít na speciální váze MyWeigh XL 700.

podpis pacienta