

VSTUPNÍ dotazník OČNÍ ORDINACE & OČNÍ OPTIKY OFTALMED

Jméno a příjmení (včetně titulů):

Telefonní číslo:

E-mail: ☐ E-mail nemám

Viděl/a jste v předškolním věku na obě oči stejně?	☐ ANO	☐ NE	☐ Nevím
↪ Pokud NE, které oko bylo horší?	☐ PRAVÉ	☐ LEVÉ	☐ Nevím
Šilhal/a jste v předškolním věku?	☐ ANO	☐ NE	☐ Nevím
↪ Pokud ANO, které oko šilhalo?	☐ PRAVÉ	☐ LEVÉ	☐ Nevím
Nosil/a jste okluzor (klapku přes oko)?	☐ ANO	☐ NE	☐ Nevím
Vnímáte někdy dvojité vidění (diplopii)?	☐ ANO	☐ NE	
↪ Pokud ANO, zhoršuje se při pohledu na dálku ☐ nebo do blízka ☐ ?			
Nosíte nebo jste v minulosti někdy nosili brýle <u>do dálky</u> (TV, auto,...)?			
☐ ANO, mám brýle do dálky. Brýle používám +/- od _____ let.			
↪ Domníváte se, že s brýlemi do dálky vidíte dobře?		☐ ANO	☐ NE
☐ NE, brýle do dálky nepoužívám.			
↪ Domníváte se, že vidíte do dálky dobře?		☐ ANO	☐ NE
● Zvažujete pořízení nových brýlí eventuálně výměnu skel?		☐ ANO	☐ NE
↪ Pokud ANO, zvažujete nákup u nás nebo v jiné optice?		☐ u vás	☐ v jiné optice
Nosíte nebo jste v minulosti někdy nosili brýle <u>do blízka</u> (čtení, PC)?			
☐ ANO, mám brýle do blízka. Brýle používám +/- od _____ let.			
↪ Domníváte se, že s brýlemi do blízka vidíte dobře?		☐ ANO	☐ NE
☐ NE, brýle do blízka nepoužívám.			
↪ Domníváte se, že vidíte do blízka dobře?		☐ ANO	☐ NE
● Zvažujete pořízení nových brýlí eventuálně výměnu skel?		☐ ANO	☐ NE
↪ Pokud ANO, zvažujete nákup u nás nebo v jiné optice?		☐ u vás	☐ v jiné optice
Nosíte nebo jste v minulosti nosili kontaktní čočky?			
☐ ANO ☐ NE ☐ KČ jsem nosil/a v minulosti, nyní už je nenesím			
↪ Pokud ANO, tak...		☐ denní	☐ 14 denní ☐ měsíční ☐ roční
Prodělal/a jste oční operaci/operace nebo úraz?		☐ ANO	☐ NE
Léčíte se nebo jste sledován/a s nějakým očním onemocněním? (př. zelený zákal, záněty duhovky,...)		☐ ANO	☐ NE
↪ Pokud ANO, s jakým? <i>Vypište...</i> _____			
Kapete pravidelně do očí nějaké kapky?		☐ ANO	☐ NE
↪ Pokud ANO, jaký mají název? <i>Vypište...</i> _____		☐ Název nevím	
↪ Kapete je do obou očí?		☐ ANO	☐ NE
↪ Pokud NE, tak pouze do kterého oka?		☐ PRAVÉHO	☐ LEVÉHO
Byl/a jste v posledních 5 letech u očního lékaře?		☐ ANO	☐ NE
↪ Pokud ANO, kdy a u koho? <i>Vypište...</i> _____			

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

Léčí/léčil se někdo z Vaší rodiny s některým z těchto onemocnění (tupoizrakost, šilhání, zelený zákal, věkem podmíněná makulární degenerace, nádory oka,...)? ☐ Nevím ☐ ANO ☐ NE

➔ Pokud ANO, kdo a s čím? Vypište... _____

Máte alergii na léky a nebo jiné látky (pyl, prach, atd.)?

☐ ANO

☐ NE

Pokud ANO, jaké? Vypište... _____

Vaše zaměstnání – charakter práce: na PC, v prašném prostředí, hodně řídíte, děláte detailní práci?

Vypište... _____

Důvod dnešní návštěvy?

☐ Prevence, nic mě netrápí.

☐ Potřebuji nové brýle.

☐ Mám žádanku na oční vyšetření.

☐ Jiný důvod? Vypište... _____

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

Léčíte se s vysokým krevním tlakem?

☐ ANO, léčím se s ním _____ let

☐ NE

Léčíte se s cukrovkou?

☐ ANO, léčím se s ní _____ let

☐ NE

➔ Pokud se s cukrovkou léčíte, jak ji léčíte?

☐ TABLETY

☐ INZULÍN

☐ DIETA

Léčíte se se srdcem (ischemická choroba, arytmie, infarkt)?

☐ ANO

☐ NE

Prodělali jste cévní mozkovou příhodu?

☐ ANO

☐ NE

Léčíte se/jste ve sledování pro revmatologické onemocnění?

☐ ANO

☐ NE

Léčíte se/jste ve sledování se štítnou žlázou?

☐ ANO

☐ NE

Prodělali jste onkologické onemocnění?

☐ ANO

☐ NE

Léčíte se s depresemi/úzkostí,...?

☐ 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: _____

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