

LÉKAŘSKÁ PROHLÍDKA

Z0016

Číslo pojistné smlouvy (návrhu)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ŽADATEL

Příjmení, jméno _____ Datum nar. _____

Vzdělání _____ Nynější zaměstnání _____

Adresa _____

UVEĎTE, PROSÍM, VŠECHNY PATOLOGICKÉ NEBO ABNORMÁLNÍ NÁLEZY ZAŠKRTNĚTĚ, PROSÍM, ZVOLENOU ODPOVĚĚ

NE

ANO

Udejte detaily

| | | | | | |
|----|--|--------------------------|----|--------------------------|-----------------|
| 1. | a) Datum prohlídky | | | | |
| | b) Už jste někdy vyšetřoval nebo léčil žadatele? | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |
| | c) Je žadatel Váš příbuzný | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |
| 2. | a) Výška, váha | | | cm | kg |
| | b) Vypadá žadatel zdravě a odpovídá jeho vzhled uvedenému věku? | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |
| 3. | Kůže | | | | |
| | a) Památné známky kožních chorob (vyrážka, otoky, vředy atd.): | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |
| | b) Jizvy, suspektní mateřská znaménka: | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |
| 4. | Hlava, krk | | | | |
| | Patologický nález na hlavě a krku? | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |
| 5. | Respirační orgány | | | | Odkdy, příčina: |
| | a) Chrapot nebo kašel: | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |
| | b) Abnormality ve tvaru či zakřivení hrudního koše: | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |
| | c) Abnormální výsledky poklepu nebo poslechu: | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |
| | d) Další známky onemocnění respiračních orgánů: | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |
| 6. | Kardiovaskulární systém | | | | |
| | a) Abnormální srdeční ozvy (intenzita, rozsah): | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |
| | b) Srdeční šelest: | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |
| | c) Tlak puls | | | Tepy/min. | Tlak: mmHg |
| | Prosím opakujte, pokud je výsledek nad 140/90 mmHg. | | | Druhé měření: | |
| | d) Je puls nepravidelný? | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |
| | e) Je puls na dolních končetinách hmatný? | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |
| | f) Jsou slyšitelné cévní šelesty? | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |
| | g) Známky srdeční nedostatečnosti nebo dekompenzace: | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |
| | h) Křečové žíly: | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |
| 7. | Břicho, gastrointestinální systém | | | | |
| | a) Abnormální výsledky poklepu nebo pohmatu břicha: | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |
| | b) Další onemocnění gastrointestinálního traktu: | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |
| | c) Je přítomna kýla? | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |
| 8. | Urogenitální systém | | | | |
| | a) Žadatelé muži: | | | | |
| | Podezření na onemocnění urogenitálních orgánů: | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |
| | b) Žadatelky ženy: | | | | |
| | Podezření na onemocnění urogenitálních orgánů nebo patologický nález prsů: | <input type="checkbox"/> | NE | <input type="checkbox"/> | ANO |

| | | |
|-----|--|--|
| 9. | Nervový systém, smyslové orgány | |
| a) | Onemocnění smyslových orgánů, zvláště zhoršený zrak nebo sluch: | <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO |
| b) | Patologie v nervových reflexech a jevech: | <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO |
| c) | Jiná onemocnění nervového systému: | <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO |
| 10. | Svalový a kosterní systém | |
| a) | Přítomnost deformací: | <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO |
| b) | Onemocnění zad a páteře: | <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO |
| c) | Onemocnění svalů, kostí, kloubů: | <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO |
| 11. | Různé | |
| a) | Zvětšení lymfatické uzliny: | <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO |
| b) | Patologický nález štítné žlázy: | <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO |
| c) | Hormonální poruchy (nadledvinky, GT, pohlavní žlázy): | <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO |
| d) | Shledal(a) jste jiné patologické nálezy? | <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO |
| e) | Jsou u žadatele patrné známky duševní poruchy? | <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO |
| 12. | Laboratoř | |
| a) | moč: bílkoviny <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO cukr <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO sediment | |
| b) | krev: cholesterol (+HDL) AST triglyceridy ALT glykémie Bil kreatinin urea sedimentace | |
| c) | krevní obraz: | |
| 13. | a) Máte podezření na nikotinismus, alkoholismus, nadměrné užívání léků nebo toxikomanie? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO | |
| b) | Může mít zaměstnání nebo životní styl žadatele špatný vliv na jeho zdravotní stav? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO | |
| c) | Obáváte se jiných rizikových faktorů? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO | |
| d) | Vyžaduje zdravotní stav žadatele další odborná vyšetření? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO | |
| 14. | EKG | |
| 15. | Celkový nález | |

Prohlašuji, že jsem žadatele vyšetřil(a) a pravdivě zodpověděl(a) výše uvedené otázky.

Místo, datum:

Razítko, podpis lékaře