

# Osobný DOTAZNÍK

## pred vstupným vyšetrením



- vyplnía klient sám
- pred nástupom sa, prosím, ešte raz ubezpečte, že nemáte kontraindikáciu ku kúpeľnej liečbe (dôvod, ktorý vylučuje zahájenie kúpeľnej liečby). Platné kontraindikácie a ďalšie dôležité informácie nájdete na strane 2

| ZÁKLADNÉ ÚDAJE                                                                                                                                 |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Meno a priezvisko:                                                                                                                             | Dátum narodenia:   |
| Tel. kontakt príbuzného:                                                                                                                       | Príbuzenský vzťah: |
| Uved'te aké lieky užívate (napr. tabletky, kvapky, injekcie atď...) a ich presné denné dávkovanie aj s gramážou (napr. Anopyrin 100 mg I-0-0). |                    |
|                                                                                                                                                |                    |
|                                                                                                                                                |                    |
| Pri užívaní warfarínu uved'te aj posledný výsledok INR a dátum odberu.:                                                                        |                    |
| V prípade, že dodržiavate diétu, uved'te jej názov:                                                                                            |                    |
|                                                                                                                                                |                    |

| ZDRAVOTNÝ STAV                                                                                                                              | správnu možnosť zakrúžkujte |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|
| Máte alergiu na lieky, potraviny a iné?<br>Ak áno, uved'te na ktoré:                                                                        | Áno                         | Nie        |
| Máte kardiostimulátor (strojček na srdce)?                                                                                                  | Áno                         | Nie        |
| Máte v tele kov (klince, umelé kĺby)?<br>Ak áno, uved'te kde:                                                                               | Áno                         | Nie        |
| Máte epilepiu?<br>Ak áno, uved'te dátum posledného záchvatu:                                                                                | Áno                         | Nie        |
| Liečite sa alebo ste sa v minulosti liečili na onkologické ochorenie?<br>Ak áno, pozorne si prečítajte informácie uvedené na druhej strane. | Áno                         | Nie        |
| Liečite sa na vysoký krvný tlak?                                                                                                            | Áno                         | Nie        |
| Liečite sa na cukrovku?<br>Ak áno, picháte si inzulín?                                                                                      | Áno<br>Áno                  | Nie<br>Nie |
| Liečite sa na osteoporózu?                                                                                                                  | Áno                         | Nie        |
| Máte kŕčové žily na nohách?                                                                                                                 | Áno                         | Nie        |
| Prekonali ste zápal žíl, alebo trombózu (cievnu zrazeninu)?<br>Ak áno, kedy?                                                                | Áno                         | Nie        |
| Prekonali ste pľúcnu embóliu ?<br>Ak áno, kedy?                                                                                             | Áno                         | Nie        |
| Prekonali ste iné vážne ochorenia<br>(napr. mozgovú príhodu, srdcový infarkt), úrazy, operácie?<br>Ak áno, kedy?                            | Áno                         | Nie        |
| Liečite sa na glaukóm (zelený zákal)?                                                                                                       | Áno                         | Nie        |

Dôležité informácie:

Vážený klient, v prípade, že aktuálne trpíte alebo sa liečite na zhubné nádorové ochorenie, konzultujte prosím vopred vášho klinického onkológa o vhodnosti absolvovania kúpeľnej liečby. Bez jeho odporúčenia, vzhľadom na aktuálne platnú legislatívu, nemožno kúpeľnú liečbu, ako aj niektoré typy procedúr počas jednotlivých pobytov poskytnúť, nakoľko sú zhubné nádory počas liečby a po nej s klinicky zistenými známkami pokračovania choroby kontraindikáciou kúpeľnej liečby. V prípade otázok neváhajte vopred telefonicky konzultovať zdravotný personál Kúpeľov Sliač a.s.

Všeobecné kontraindikácie kúpeľnej starostlivosti:

- infekčné choroby prenosné na človeka a bacilonosičstvo, najmä brušný týfus a paratýfus. Ak je niektorá choroba indikovaná na kúpeľnú starostlivosť združená s tbc dýchacieho ústrojenstva alebo inou formou tbc, môže sa kúpeľná starostlivosť navrhnúť a povoliť len takej osobe, ktorá už bola vyradená z dispenzárných skupín aktívnej tuberkulózy,
- všetky choroby v akútnom štádiu,
- klinické známky obehového zlyhania,
- stavy po hlbokej trombóze do troch mesiacov po doznení choroby, stavy po povrchovej tromboflebitíde do šiestich týždňov po doznení choroby,
- labilný alebo dekompenzovaný diabetus mellitus,
- často sa opakujúce profúzne krvácanie každého druhu,
- kachexie každého druhu,
- zhubné nádory počas liečby a po nej s klinicky zistenými známkami pokračovania choroby,
- epilepsia okrem prípadov, pri ktorých sa v poslednom roku nevyskytol žiadny záchvat a ktorých EEG záznam nemá epileptické grafoelementy. Ak pretrvávajú v EEG záznamoch patologické zmeny, môže sa kúpeľná liečba navrhnúť iba na základe kladného vyjadrenia neurológa, ktorý má pacienta v dispenzárnej starostlivosti. Pre indikačnú skupinu XXVI nie je epilepsia kontraindikáciou,
- aktívne ataky alebo fázy psychóz a duševné poruchy s asociálnymi prejavmi a zníženou možnosťou komunikácie,
- závislosť od alkoholu alebo od návykových látok
- fajčenie pri vyznačených diagnózach – navrhujúci lekár je povinný túto skutočnosť v návrhu vždy potvrdiť,
- inkontinencia moču III. štádium a stolice, enuresis nocturna – neplatí pre indikačnú skupinu XXVI – výnimku z tejto kontraindikácie pre dospelých pacientov s inkontinenciou moču a stolice môže povoliť vedúci lekár liečebne,
- demencia,
- tehotenstvo,
- nehojace sa kožné defekty akéhokoľvek pôvodu,
- hypertenzia nad 16 kPa diastolického tlaku (120 mm Hg).

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>Poznámky MUDr. Kúpele Sliač</b> |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
|                                    |
|                                    |

Prehlasujem, že všetky uvedené údaje sú pravdivé a že som nič nezatajil/a.

|        |         |
|--------|---------|
| Dátum: | Podpis: |
|--------|---------|