



Dobrodošli v naši ambulanti!

Hvala, ker ste si vzeli čas za izpolnitev tega vprašalnika.

Vaše odgovore bomo obravnavali zaupno, predvsem pa nam bodo pomagali bolje razumeti vaše zdravstvene potrebe in se osredotočiti na to, kar je za vas najpomembnejše.

Namen tega vprašalnika je, da se počutite slišani in vključeni v skrb za svoje zdravje.

V naprej se vam zahvaljujemo za sodelovanje!

VAŠI OSNOVNI PODATKI

1. Ime in priimek: _____
2. Datum rojstva: _____
3. Naslov: _____
4. Telefonska številka: _____
5. E-naslov: _____
6. Koga naj kontaktiramo v nujnih primerih: _____
(ime, telefonska številka, v kakšnem odnosu so z vami):

VAŠA IZOBRAZBA

7. Kakšna je vaša najvišja dosežena izobrazba?
 - ☐ Osnovnošolska
 - ☐ Srednješolska
 - ☐ Višješolska ali poklicna
 - ☐ Visokošolska ali univerzitetna
 - ☐ Magistrska ali doktorska
 - ☐ Drugo: _____
-



VAŠA ZDRAVSTVENA ZGODOVINA

8. Ali se počutite zdravi?

- ☐ Da
- ☐ Ne
- ☐ Ne vem

9. Ste v preteklosti imeli večje operacije oz. zdravstvene posege?

- ☐ Da

(če ste, prosim navedite katere _____

_____)

- ☐ Ne
- ☐ Ne vem

10. Imate kakšne kronične bolezni? (označite vse in dopišite kako dolgo):

- ☐ Sladkorna bolezen (_____)
- ☐ Visok krvni tlak (_____)
- ☐ Astma ali kronične bolezni pljuč (_____)
- ☐ Bolezni srca (_____)
- ☐ Osteoporoza (_____)
- ☐ Bolezni ledvic (_____)
- ☐ Bolezni prebavil (_____)
- ☐ Bolezni gibal (_____)
- ☐ Duševne motnje (npr. depresija, tesnoba) (_____)
- ☐ Kronična bolečina (_____)
- ☐ Druga kronična bolezen (prosimo, navedite):

- ☐ Nobena od navedenih



11. Ali se redno cepite (npr. proti tetanusu, gripi, klopnemu menigoencefalitisu)?

- ☐ Da
- ☐ Ne
- ☐ Ne vem

12. Imate kakšne alergije na zdravila, hrano ali snovi?

- ☐ Da
- ☐ Ne
- ☐ Ne vem

Če ste odgovorili z "Da", so bile alergije dokazane z ustreznimi testi?

Če ste odgovorili z "Da", navedite na kaj ste alergični:

DRUŽINSKA ANAMNEZA

13. Ste v družini imeli katere od naslednjih bolezni? (označite vse):

- ☐ Sladkorna bolezen
- ☐ Bolezni srca
- ☐ Visok krvni tlak
- ☐ Rak
- ☐ Duševne motnje
- ☐ Druga kronična bolezen (prosimo, navedite):

- ☐ Nobena od navedenih



ŽIVLJENJSKI SLOG IN NAVADE

14. Ali kadite?

- ☐ Da
- ☐ Ne, prenehal sem pred leti
- ☐ Ne, nikoli nisem kadil/-a

15. Kako pogosto uživate alkoholne pijače?

- ☐ Nikoli
- ☐ Redko (1-2 krat na mesec)
- ☐ Občasno (1-2 krat na teden)
- ☐ Pogosto (3 ali večkrat na teden)
- ☐ Vsak dan

Ali menite, da pitje alkohola negativno vpliva na vaše zdravje ali kakovost vsakdanjega življenja?

- ☐ Da
- ☐ Ne
- ☐ Ne vem

16. Ali se redno ukvarjate s telesno aktivnostjo (vsaj 30 minut na dan)?

- ☐ Da
- ☐ Ne

17. Kako pogosto se počutite pod stresom ali preobremenjeni?

- ☐ Nikoli
 - ☐ Redko
 - ☐ Občasno
 - ☐ Pogosto
 - ☐ Ves čas
-



18. Kako pomembno se vam zdi, da se posvečate svojemu zdravju?
(preprečevanje bolezni, boljše počutje, daljša življenjska doba)

- ☐ Zelo pomembno
- ☐ Zmerno pomembno
- ☐ Malo pomembno
- ☐ Ni mi pomembno

19. Ali ste pripravljeni spremeniti svoj življenjski slog (npr. prenehanje kajenja, sprememba prehrane, povečanje telesne aktivnosti), če bi vam to svetoval zdravnik?

- ☐ Da
- ☐ Ne
- ☐ Morda

SOCIALNA PODPORA IN ODNOSI

20. Ali imate v svojem življenju osebe, ki vam nudijo čustveno ali praktično podporo (partner, otroci, družinski člani, prijatelji)?

- ☐ Da, imam stalno podporo.
- ☐ Da, imam občasno podporo.
- ☐ Ne, nimam nikogar, ki bi mi nudil podporo.
- ☐ Ne vem.

21. Če ste odgovorili z 'Da', kdo so te osebe? (označite vse)

- ☐ Partner
 - ☐ Otroci
 - ☐ Družinski člani (starši, bratje/sestre, drugi sorodniki)
 - ☐ Prijatelji
 - ☐ Drugi (prosimo, navedite): _____
-



DELOZMOŽNOST, INVALIDSKA OCENA IN VOZNIŠKA SPOSOBNOST

22. Ali se počutite zmožni za delo?

- ☐ Da
- ☐ Ne

Kje in kakšno delo opravljate:

23. Ali imate odločbo invalidske komisije?

- ☐ Da
- ☐ Ne

Če ste odgovorili z "Da", navedite kategorijo invalidnosti in omejitve:

24. Imate veljavno voziško dovoljenje in ste zmožni voziti?

- ☐ Da
- ☐ Ne
- ☐ Imam voziško dovoljenje, vendar ne vozim



ZDRAVLJENJE Z ZDRAVILI

25. Ali redno jemljete kakšna zdravila?

☐ Da (naštejte vsa zdravila, ki jih jemljete: _____

_____)

- ☐ Ne
☐ Ne vem

Če ste odgovorili z "Da", ali se vam zdijo ta zdravila ustrezna, vam pomagajo?

- ☐ Da
☐ Ne
☐ Ne vem

Bi želeli farmacevtsko svetovanje (pregled možnih interakcij med zdravili, stranskih učinkov zdravil?)

- ☐ Da
☐ Ne
☐ Morda

DRUGI PODATKI

24. Ali imate kakšne posebne zdravstvene težave ali skrbi, o katerih bi želeli govoriti z zdravnikom?

- ☐ Da
☐ Ne

Če ste odgovorili z "Da", nam zaupajte o čem se želite pogovoriti z zdravnikom:



26. Z zdravnikom ali z zdravnico lahko govorite tudi o občutljivih temah, kot so nasilje, spolnost, droge, odnosi ali druge osebne težave. Ali bi si želeli pogovoriti o tem?

- ☐ Da
- ☐ Ne
- ☐ Morda

Hvala, za vaše zaupanje in da ste si vzeli čas ter izpolnili ta vprašalnik.

Veselimo se sodelovanja z vami in se zavezujemo, da bomo skrbeli za vaše zdravje strokovno in po naših najboljših močeh.

Ekipa ambulante VIA MEDICUS.
