|  |  |
| --- | --- |
| Meno  |  |
| Priezvisko |  |
| Ukončené vzdelanie, titul  |  |
| Rodinný stav |  |
| Štátna príslušnosť |  |
| Dátum narodenia  |  |
| Rodné číslo |  |
| Zdravotná poisťovňa |  |
| Adresa trvalého bydliska(ulica, č.domu, mesto, PSČ) |  |
| Číslo občianskeho preukazu |  |
| Telefónne číslo |  |
| Zamestnávateľ |  |
| Kontaktná osoba: Meno, telefónne číslo, adresa trvalého pobytu |  |
| Diéta (diabetická, vegetariánska, bezlepková..) |  |
| Alergia (lieky, potraviny) |  |
| Záujem o nadštandardné služby (tíšenie bolestí pri pôrode, prítomnosť blízkej osoby pri pôrode, nadštandardná izba, nadštandardný box pri pôrode, vaginálna náparka pri pôrode) |  |
| Váha (na začiatku tehotenstva a aktuálna)Výška |  |
| Predpôrodná príprava (kde a počet stretnutí) |  |
| Otec dieťaťa (meno, priezvisko,titul , dátum narodenia,miesto narodenia, rodné číslo, trvalý pobyt) |  |
| Dátum sobáša |  |
| U viacrodičiek dátum narodenia posledného dieťaťa |  |
| Meno a priezvisko pre dieťa (dievčenské aj chlapčenské, v prípade dvojčiat 2xdievčenské a 2xchlapčenské) |  |
| Podávanie informácií (súhlasím/nesúhlasím) |  |

**Vstupný formulár pre rodičky Gynekologicko-pôrodnického oddelenia v  Starej Ľubovni**

V........................................., Dňa....................., Podpis............................

Svojím podpisom potvrdzujem platnosť uvedených údajov k danému dátumu.

**Dotazník o zdravotnom stave / lekársky príjem /. PDF**

Vyskytujú sa u Vašich blízkych príbuzných / otec , mama, súrodenci , deti / nejaké závažné ochorenia?

Boli ste v detstve liečená na nejaké závažné ochorenie?

Boli ste v detstve sledovaná na nejakej odbornej ambulancii, ak áno o akú ambulanciu sa jednalo?

 Boli ste v detstve hospitalizovaná , ak áno z akého dôvodu?

Liečite sa na nejaké ochorenia, ak áno aké?

Ste sledovaná na nejakej odbornej ambulancii, ak áno, na akej?

Mali ste v minulosti nejaké závažné gynekologické problémy, ak áno aké?

Boli ste v minulosti operovaná, ak áno o aké operácie sa jednalo a kedy to bolo?

Mali ste v minulosti nejaký vážny úraz – zlomenina, ak áno čoho a kedy to bolo ?

Fajčíte, pijete alkohol, užívate nejaké návykové látky?

Kedy u Vás bola prvá menštruácia?

Máte pravidelný menštruačný cyklu?

Rodili ste už v minulosti, ak uvedťe prosíme dátumy pôrodov.

Ak ste už rodili bol priebeh predošlých tehotenstiev nekomplikovaný?

Ak ste už rodili bol priebeh pôrodu a popôrodné obdobie bez kompikácií?

Ak ste už rodili, ale cisárskym rezom uveďte dôvod cisárskeho rezu. Bol priebeh cisárskeho rezu a pooperačné obdobie bez komplikácií??

Absolvovali ste v minulosti umelé ukončenie tehotenstva - interupciu, ak áno koľkokrát a kedy to bolo?

Potratili ste niekedy, ak áno kedy, v ktorom týždni tehotenstva to bolo a absolvovali ste kyretáž alebo došlo ku spontánnemu potratu?

Dostali ste v minulosti niekedy transfúziu?? Ak áno tak z akého dôvodu, kedy to bolo, bol priebeh transfúzie bez komplikácií ?

Ste alergická na nejaké lieky, potraviny ... ? Ak áno uveďte látky / lieky na ktoré ste alergická. Užívate nejaké lieky ?? Ak áno uveďte o aké lieky sa jedná a ako často ich užívate.

Aký je priebeh súčasného tehotenstva? Nastali počas tehotenstva nejaké komplikácie? bola nevyhnutná hospitalizácia – ak áno uveďte dôvod a týždeň tehotenstva kedy ste boli hospitalizovaná.

Užívate nejaké lieky ?? Ak áno uveďte o aké lieky sa jedná a ako často ich užívate.

Aký je priebeh súčasného tehotenstva? Nastali počas tehotenstva nejaké komplikácie? bola nevyhnutná hospitalizácia – ak áno uveďte dôvod a týždeň tehotenstva kedy ste boli hospitalizovaná.

V........................................., Dňa....................., Podpis............................

Svojím podpisom potvrdzujem platnosť uvedených údajov k danému dátumu.

\*Vyplnenie formulára nie je povinné. V prípade jeho vyplnenia odovzdajte formulár pri príjme pôrodnej asistentke, ktorá ho následne založí do vašej dokumentácie.