



Podpisani(a) se prijavljam za kontrolni zdravstveni pregled:

*Označeno z (*) je obvezen podatek*

Ime/priimek *: _____

Datum, kraj rojstva *: _____

Številka odločbe: _____

Naslov / e-pošta / telefon *: _____

Datum: ____/____/____

Podpis: _____

VPRAŠALNA POLA – PREDHONI PREGLED

(Prosimo, da polo izpolnite čitljivo in resnično ter ničesar ne zamolčite)

IME in PRIIMEK : _____

Naslov stanovanja : _____

ODGOVORITE OBVEZNO NA VSA spodaj navedena vprašanja, tako da OBKROŽITE ali PODČRTATE ustrezen odgovor. Zahtevane obširnejše odgovore navedite v zato predvidenem prostoru.

1. ALI STE DOSEDAJ ŽE BILI NA KAKRŠNEM KOLI PREVENTIVNEM PREGLEDU V TEJ ORDINACIJI? DA NE

2. Ali se sedaj počutite zdravega? DA NE
3. Ali ste bili v zadnjem času bolni? NE DA: _____
 Če ste bili, koliko časa ste ležali in koliko časa ste bili dela nezmožni? _____
4. Ali imate kakršne koli telesne napake? NE DA: _____
5. Ali ponoči mirno spite? DA NE: _____
6. Ali imate dober apetit? DA NE: _____
7. Ali občasno pijete alkohole pijače? NE DA (katere): _____
8. Ali redno (dnevno) pijete alkoholne pijače? NE DA (katere): _____
9. Koliko prej navedenih pijač spijete dnevno/tedensko? NIČ do 2dL/1L do 0,5L/3L VEČ
10. Koliko cigaret dnevno pokadite? NIČ do 20 do 40 preko 40
- DRUGO (pipa, cigara)
11. Ali jemljete mamila? NE DA, OBČASNO (katera): _____
DA, STALNO(katera): _____

ČE JE POTREBNO DOVOLIM ODVZEM VZORCA ZA PREISKAVO NA PRISOTNOST MAMIL: DA NE

12. Ali imate redno prebavo? DA NE: _____
13. Ali ste se že zdravili v bolnišnici? NE DA (kdaj, koliko časa,zakaj): _____

14. Ali zajtrkujete? DA NE
15. Ali imate težave pri mokrenju? NE DA (kakšne): _____
16. Ali vam uhaja seč? DA NE
17. Ali vam uhaja blato? DA NE
18. Ali ste v zadnje pol leta hujšali in za koliko? NE DA, namenoma: _____ kg
DA, nenamenoma: _____ kg
19. Ali so člani vaše družine zdravi? DA NE, bolehajo zaradi: _____
20. Ali ste bili kdaj poškodovani NE DA; Za kakšno poškodbo je šlo? _____

21. Ali ste bili kdaj (in kaj) operirani? NE DA: _____
22. Ali ste morali zaradi bolezni spremeniti poklic in delo? NE DA: _____
23. Ali ste imeli pretres možganov? NE DA, kdaj: _____
24. Ali imate (ste imeli) pogoste glavobole? NE DA (kako močne): _____
25. Ali imate (ste imeli) vrtoglavico in napade motenega ravnovesja? NE
DA, kadar hitro vstanem
DA, kadar sem izpostavljen(a) soncu / vročini
DA, kadar premaknem vrat
DRUGO: _____

26. Ali imate strah pred višino? NE DA
27. Ali vam teče (ali je teklo) iz ušes? NE DA: _____
28. Ali ste imeli operacijo v ušesih? NE DA (kdaj, zakaj): _____
29. Ali ste invalid(vojni, civilni, in katere kategorije po Invalidski komisiji)? NE
DA, I. kategorije, zaradi: _____
DA, II. Kategorije (koliko ur delate): _____
DA, III. Kategorije, omejitve: _____

PROSIMO OBRNITE LIST!

VPRAŠALNA POLA – PREDHONI PREGLED

30. Ali ste imeli napade božjasti (epilepsije, padavice, krčev)? NE DA
 31. Ali ste imeli kakršne koli napade nezavesti? NE DA: _____
 32. Ali se hitro zadihate pri hoji po stopnicah? NE DA
 33. Ali vam goleni proti večeru zatečejo? NE DA

34. Ali imate bolečine v prsih? NE
 DA, STALNE oz. so dolgotrajne
 DA, OBČASNE

35. Prsne bolečine se pojavljajo v obliki: ZBADANJA ŠPIKANJA TIŠČANJA
 DRUGO: _____

36. Tiščanje v prsih se pojavlja:
 - pri fizičnem naporu: _____
 - če sem živčen(a): _____
 - drugo: _____

37. Ali se zdravite zaradi katere kronične bolezni? NE DA, katere: _____
 38. Katera zdravila redno jemljete? _____
 39. Ali ste pogosto prehlajeni? NE DA
 40. Ali ste alergični na kaj? NE DA: _____
 41. Ali imate naduho(astmo) ali piskanje v prsih? NE DA
 42. Ali so vam v urinu našli: KRI BELJAKOVINE SLADKOR

43. ali ste v zadnjih dveh (2) letih imeli napade žolčnih, ledvičnih kamnov oziroma druge napade trebušnih bolečin?
 NE DA, kdaj, kaj: _____

44. Ali imate kakšne druge trebušne težave (bruhanje slabost)? NE DA: _____
 45. Ali imate (ste imeli) trebušno kilo? NE DA
 46. Ali imate težave z »zlato žilo«, hemeroidi? NE DA

47. Ali imate na nogah krčne vene? NE DA
 48. Ali imate stalno ali občasno izpuščaje ali srbenje? NE DA

49. Ali imate, oziroma ste imeli pogoste bolečine v:
 - mišicah NE DA, kje: _____
 - sklepov NE DA, kje: _____
 - hrbtenici NE DA (v katerem delu): _____

50. Ali ste služili vojaški rok in kdaj? NE, zaradi: _____
 DA, VOJNO (kje, kdaj): _____
 DA, CIVILNO (kje): _____

51. Ali imate vozniško dovoljenje? (PROSIMO, OBKROŽITE KATEGORIJU!)
 A A1 A2 B B1 BE F G C CE C1 C1E DE D1 D D1E kategorije, veljavno do: _____

52. Ali nosite očala ali kontaktne leče? NE DA, dioptrija: _____
 53. Ali ste kdaj imeli zahtevek odbit za življenjsko zavarovanje? NE DA: _____
 54. Ali ste imeli ugotovljen pozitiven test na virus HIV? NE DA
 55. Ali ste kdaj poskušali narediti samomor? NE DA, kdaj, zakaj: _____

56. Ali ste noseči? NE DA, kateri mesec: _____
 57. Ali imate slabosti pri vožnji? NE DA

58. Odnosi v vaši družini so: UREJENI NAPETI NE VEM

59. VAŠE PRIPOMBE: _____

Datum (obvezno vpisati): _____

Za resničnost podatkov jamčim z lastnoročnim podpisom: _____
ZAHVALJUJEMO SE VAM ZA SODELOVANJE!

IME IN PRIIMEK: _____ Datum: _____

AUDIT 10 - vprašalnik o rabi alkohola (slovenska prirejena inačica)

Podatki, ki mi jih boste zaupali, bodo varovani enako skrbno kot vsi drugi podatki o vašem zdravstvenem stanju in bodo uporabljeni izključno za spremljanje vašega zdravstvenega stanja.

VPRAŠALNIK

Odgovarjate tako, da obkrožite številko pred izbranim odgovorom.

1. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol (pivo, vino, žgane pijače, likerji, koktajli, mošt, tolkovec, medica)?

- 0) nikoli
- 1) enkrat mesečno ali manj
- 2) 2 do 4 krat mesečno
- 3) 2 do 3 krat tedensko
- 4) 4 ali večkrat tedensko

2. Koliko meric pijače, ki vsebuje alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih ponavadi popili takrat, kadar ste pili ? (*Ena merica je 1 dcl vina ali 2,5 dcl piva ali tolkovca ali 0,3 dcl ("eno šilce") žgane pijače.*)

- 0) pol ali 1
- 1) 2
- 2) 3 ali 4
- 3) 5 ali 6
- 4) 7 in več

3. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste popili – moški: 6 ali več meric – ženske: 4 ali več meric ob eni priložnosti?

- 0) nikoli
- 1) manj kot enkrat mesečno
- 2) 1 do 3 krat mesečno
- 3) 1 do 3 krat tedensko
- 4) dnevno ali skoraj vsak dan

4. Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da potem, ko ste enkrat začeli piti, niste mogli prenehati s pitjem?

- 0) Nikoli
- 1) Manj kot enkrat mesečno
- 2) Mesečno
- 3) Tedensko
- 4) Dnevno ali skoraj vsak dan

5. Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da zaradi pitja niste mogli opraviti tistega, kar se je od vas pričakovalo?

- 0) Nikoli
- 1) Manj kot enkrat mesečno
- 2) Mesečno
- 3) Tedensko
- 4) Dnevno ali skoraj vsak dan

6. Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da ste potrebovali alkoholno pijačo že zjutraj, da bi si z njo opomogli po prekomernem pitju prejšnjega dne?

- 0) Nikoli
- 1) Manj kot enkrat mesečno
- 2) Mesečno
- 3) Tedensko
- 4) Dnevno ali skoraj vsak dan

7. Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da vas je po pitju pekla vest ali pa ste imeli občutke krivde zaradi pitja?

- 0) Nikoli
- 1) Manj kot enkrat mesečno
- 2) Mesečno
- 3) Tedensko
- 4) Dnevno ali skoraj vsak dan

8. Kako pogosto v preteklem letu se niste mogli spomniti kaj se je zgodilo prejšnji večer, ker ste takrat preveč pili?

- 0) Nikoli
- 1) Manj kot enkrat mesečno
- 2) Mesečno
- 3) Tedensko
- 4) Dnevno ali skoraj vsak dan

9. Ali je bil zaradi vašega pitja kdo poškodovan (vi sami ali kdo drug)?

- 0) Ne
- 2) Da, vendar ne v preteklem letu
- 4) Da, v preteklem letu

10. Ali je kak vaš sorodnik, prijatelj, zdravnik ali drugi zdravstveni delavec že pokazal zaskrbljenost zaradi vašega pitja ali vam morda predlagal, da bi pili manj?

- 0) Ne
- 2) Da, vendar ne v preteklem letu
- 4) Da, v preteklem letu

V _____, dne _____ Podpis: _____

Priloga 2

»Priloga 2

IZJAVA
o zdravstvenem stanju kandidata/-ke za voznika/-co in voznika/-ce

Ime in priimek: _____

Rojen/-a: _____

Stanujoč/-a: _____

Datum: _____

Ali ste se kadarkoli zdravili oziroma se zdravite zaradi:

- | | | |
|---|----|----|
| • duševnih motenj | DA | NE |
| • motenj zavesti (omedlevica, omotica, epilepsija) | DA | NE |
| • drugih nevroloških motenj (nehoteni zgibki mišic, vrtoglavica, ...) | DA | NE |
| • bolezni srca ali visokega krvnega tlaka | DA | NE |
| • sladkorne bolezni | DA | NE |
| • težav z vidom (slabovidnost, dvojni vid, nočna slepota) | DA | NE |
| • drugega (napišite): _____ | DA | NE |

Ali ste v zadnjih petih letih že kdaj zadremali za volanom?	DA	NE
---	----	----

Ali ste zaradi zaspanosti za volanom že bili udeleženi v prometni nesreči ali skoraj povzročili prometno nesrečo (npr. za las ušli nesreči, zadeli ob robnik, prevozili rdečo luč, ...)?	DA	NE
--	----	----

Ali jemljete zdravila, kot so uspavala, pomirjevala, zdravila proti depresiji?	DA	NE
--	----	----

Ali uživate prepovedane droge in psihoaktivne snovi?	DA	NE
--	----	----

Ali prekomerno uživate alkoholne pijače?	DA	NE
--	----	----

Ali ste bili v zadnjih petih letih kaznovani zaradi vožnje pod vplivom alkohola, prepovedanih drog ali psihoaktivnih snovi?	DA	NE
---	----	----

Ali ste v procesu zdravljenja zaradi:

- | | | |
|--|----|----|
| • odvisnosti od alkohola | DA | NE |
| • odvisnosti od prepovedanih drog in psihoaktivnih snovi | DA | NE |

Izjavljam, da dovoljujem vpogled v mojo zdravstveno dokumentacijo pri izbranem osebnem zdravniku.

Izjavljam, da se bom v primeru poškodbe ali bolezni, ki bi zmanjšala mojo zmožnost za vožnjo, posvetoval/-a z izbranim osebnim zdravnikom in se sam/-a, brez poziva, javil/-a na zdravstveni pregled, da se ponovno oceni moja zmožnost voziti motorno vozilo.

Dodatno za kandidate/-ke za voznike/-ce in voznike/-ce druge skupine*:

*Kandidati za voznike ali vozniki kategorij C, CE, C1, C1E, DE, D1, D, D1E in vozniki prve skupine, ki opravljajo vožnjo kot osnovni poklic
Izjavljam, da bom ponovno, brez poziva, opravil/-a oceno zmožnosti za vožnjo pri pooblaščenem specialistu medicine dela, prometa in športa v enem mesecu po tem, ko je pri meni prišlo do hude hipoglikemije (hipoglikemije, pri kateri sem potreboval/-a pomoč druge osebe) v času budnosti, tudi če se ni pojavila med vožnjo.

Izjavljam, da so vsi podatki, ki sem jih navedel/-la, resnični, točni in popolni in da za svojo izjavo prevzemam vso materialno in kazensko odgovornost.

Podpis kandidata/-ke za voznika/-co oziroma voznika/-ce:«.

VODILO ZA ODLOČANJE PRI PRESEJANJU SINDROMA OBSTRUKTIVNE APNEJE V SPANJU ZA ZDRAVNIKA
I.

1.	SPOL		Ž 1 TOČKA	M 2 TOČKI
2.	STAROST		Do 30 let 2 TOČKI	Nad 31 let 1 TOČKA
3.	TELESNA VIŠINA		ITM indeks 30 ali manj = 1 TOČKA od 31 – 35 = 2 TOČKI 36 ali več = 3 TOČKE	
4.	TELESNA TEŽA			
5.	Ali ste že kdaj zadremali za volanom	DA 3 TOČKE	NE 0 TOČK	NE VEM 2 TOČKI
6.	Ali ste v zadnjih treh letih zaradi zaspanosti že povzročili hujšo prometno nesrečo (s telesnimi poškodbami, materialno škodo?)	DA 4 TOČKE	NE 0 TOČK	NE VEM 3 TOČKE
7.	Ali ponoči pogosto glasno smrčite?	DA 2 TOČKI	NE 0 TOČK	NE VEM 1 TOČKA
8.	Ali vam je že kdo poročal, da med spanjem prenehate dihati?	DA 1 TOČKA	NE 0 TOČK	NE VEM 0 TOČK
9.	Ali po navadi dobro spite in se zjutraj zbudite spočiti?	DA 0 TOČK	NE 2 TOČKI	NE VEM 1 TOČKA
10.	Ali imate oz. ali se zdravite zaradi povišanega krvnega tlaka?	DA 2 TOČKI	NE 0 TOČK	NE VEM 1 TOČKA

T* = TOČKE
ITM indeks = teža (kg) / višina (m)²
ŠTEVILO DOSEŽENIH TOČK

II. EPWORTHOVA LESTVICA ZASPANOSTI
Kakšna je verjetnost, da zaspite:

Med branjem v sedečem položaju	0	1	2	3
Med gledanjem televizije	0	1	2	3
Med pasivnim sedenjem na javnem mestu (npr. med sestankom, v gledališču)	0	1	2	3
Kot sopotnik v avtu med enourno vožnjo brez postanka	0	1	2	3
Med popoldanskim počitkom leže v postelji ali na kavču	0	1	2	3
V sedečem položaju med pogovorom s sogovornikom	0	1	2	3
Sede po obroku (npr. kosilo), brez alkohola	0	1	2	3
Kot voznik v avtomobilu, ki se za nekaj trenutkov ustavi zaradi gneče na cesti	0	1	2	3

skupno

Doseženo število na Epworthovi lestvici zaspanosti:

- 11-14 = 2 TOČKI
- 15 ali več: 4 TOČKE

ŠTEVILO DOSEŽENIH TOČK

SKUPNO ŠTEVILO TOČK (vsota točk z I. in II. dela vprašalnika)

REZULTATI: Na presejalnem vprašalniku je skupaj možno doseči 25 točk. Rezultat je pozitiven če oseba **zbere 10 ali več točk.**

**SOGLASJE O UPORABI OSEBNIH PODATKOV –
PACIENTI MDPŠ**

Aristotel, zdravstveni center že na podlagi Zakona o zdravstveni dejavnosti, Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakona o zdravniški službi, Zakona o varnosti in zdravju pri delu, Pravilnika o preventivnih pregledih delavcev, Kodeksa medicinske etike in dentologije, Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva zbira in obdeluje podatke pacientov in varuje osebne podatke v skladu z navedenimi predpisi.

V skladu z evropske zakonodaje o varstvu osebnih podatkov GDPR - Uredba (EU) 2016/679 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 27.4.2016 o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov - vas prosimo, da na spodnjem seznamu dodate osebne podatke, za katere se strinjate, da z njimi razpolagamo in jih obdelujemo.

Soglašam, da Aristotel, zdravstveni center d.o.o. lahko hrani in obdeluje moje osebne podatke, ki sem jih navedel/-la v obrazcu, v skladu s politiko varovanja podatkov podjetja Aristotel, zdravstveni center d.o.o., za namen:

ali DA ali X **v primeru, DA, soglašam (želim obveščanje)**
// ali / ali NE ali prazen prostor v primeru da NE, ne soglašam (ne želim obveščanja)

	Obveščanje, da je zdravstveni izvid na razpolago in korespondenca z zdravstvenimi obrazci	Obveščanje o datumu in uri pregleda	Obveščanje o strokovnih temah in ponudbenih novostih in ugodnostih
Po elektronski pošti			
Po navadni pošti			
Po SMS/MMS-u			
Po telefonu			
Digitalna aplikacija			

VAŠI OSEBNI PODATKI

Ime in priimek	
Datum rojstva	
Naslov	
Elektronski naslov	
Telefon	

Vašo odločitev lahko kadarkoli spremenite ali z obvestilom na info@aristotel.si ali po pošti na zgornji naslov.

Kraj, datum soglasja: _____ **Podpis soglasodajalca:** _____

