



Genealogický dotazník

Vaše jméno a příjmení: _____ rodné číslo: _____ pojišť'ovna: _____
Jméno, příjmení a RČ vašeho partnera/rky: _____
Bydliště: _____
Telefon: _____
Zaměstnání (pracujete jako...): _____
Alergie: _____
Operace: _____
Kouříte? Ano - Ne (cigaret za den) : _____ Drogy: Ano - Ne _____ Pijete alkohol? _____
Vypište léky, které užíváte: _____

Váš zdrav. stav (vypište závažné choroby, které jste prodělal/a nebo pro které se léčíte): _____

Vaši sourozenci (i nevlastní) – jméno, rok narození či věk, zdravotní stav, počet a pohlaví dětí a jejich zdravotní stav):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Váš otec: jméno: _____ rok nar. : _____
zdravotní stav: _____
zemřel: ano-ne věk: _____ příčina úmrtí: _____
Sourozenci otce: (jméno, věk, zdravotní stav, počet a pohlaví dětí a jejich zdr. stav)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Otcův otec : jméno: _____ rok nar.: _____
zdravotní stav: _____
zemřel: ano-ne věk: _____ příčina úmrtí: _____

Otcova matka: jméno (i rodné): _____ rok nar.: _____
zdravotní stav: _____
zemřela: ano-ne věk: _____ příčina úmrtí: _____

Vaše matka: jméno (i rodné): _____ rok nar.: _____
zdravotní stav: _____
zemřela: ano-ne věk: _____ příčina úmrtí: _____
Sourozenci matky: (jméno, věk, zdravotní stav, počet a pohlaví dětí a jejich zdr. stav)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.



Vaše jméno a příjmení: _____ **rodné číslo:** _____ **pojišť'ovna:** _____

Otec matky: jméno: _____ **rok nar.:** _____

zdravotní stav:

zemřel: ano-ne věk: _____

příčina úmrtí:

Matka matky: jméno (i rodné): _____ **rok nar.:** _____

zdravotní stav:

zemřela: ano-ne věk: _____

příčina úmrtí:

Genetické choroby v rodinách:

(vyplňte o jakou vadu se jedná a kterých členů rodiny se postižení týká event. kde je dostupná zdravotnická dokumentace postiženého)

Vrozené vývojové vady (i u zemřelých příbuzných):

Mentální retardace:

Hluchota:

Slepota:

Oční vady:

Samovolné potraty u příbuzných:

Mrtvě narozené děti v rodině:

Příbuzenské sňatky:

Gynekologická anamnesa ženy :

menstruace od kolika let : _____ pravidelná-nepravidelná _____ cyklus po.....dnech

gynekologické operace:

Těhotenství: porod (ve kterém roce, jméno a pohlaví dítěte, porod. hmotnost a délka, zdravotní stav dítěte), spontánní potrat (ve kterém týdnu gravidity) event. interrupce (rok).

Těhotenství s předchozími partnery či manžely označte (např. svorkou vlevo od textu).

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Současná gravidita: Termín posled.menstruace:

ultrazvukové stáří gravidity (+ datum UZ):

Průběh těhotenství (komplikace – krvácení, infekční onemocnění, léky, hospitalizace):

Počet, pohlaví, věk a zdravotní stav dětí z předchozích manželství (vyplní jen muži):

vyplnil :

dne: