

**PRO URYCHLENÍ SEPSÁNÍ DOKUMENTACE PŘI PŘÍJMU K PORODU, PŘINESTE S SEBOU JIŽ  
VYPLNĚNÝ NÁSLEDUJÍCÍ FORMULÁŘ**

**Rodička:**

Jméno, příjmení, titul .....

Adresa trvalého bydliště.....

Adresa přechodného bydliště.....

Rodné číslo...../.....                      Národnost.....

Místo narození.....okres.....

Vaše nejvyšší dokončené vzdělání.....

Nejbližší příbuzný Jméno, příjmení, titul.....

Adresa jeho trvalého bydliště v OP.....

telefonní číslo.....

Pojišťovna.....

Gynekolog:..... Praktický lékař:.....

Užívám tyto léky.....

Alergii mám na tyto léky .....

tyto potraviny .....

jiné (pyl, prach, aj.).....

**Rodinná anamnéza:** *(Do této kolonky vypište onemocnění, které se vyskytují ve Vaší rodině, zajímá nás zdravotní stav obou rodičů i sourozenců, dále výskyt cukrovky v rodině, vysokého krevního tlaku, vrozené vývojové vady v rodině či psychiatrické onemocnění v rodině)*

.....  
.....  
.....

**Dětské choroby:** *(Do této kolonky vypište onemocnění, které jste proděla v dětství – patří sem běžné dětské nemoci, jako jsou plané neštovice, spalničky, zarděnky, příušnice, ale také jakékoli jiné onemocnění, které se u Vás vyskytlo v dětství, či jakákoli infekční onemocnění – žloutenka, mononukleosa aj.)*

.....  
.....  
.....

**Pozdější choroby:** *(Do této kolonky vypište onemocnění, která se u Vás vyskytla od puberty do dnes)*

.....  
.....  
.....

**Gynekologická onemocnění:** (Do této kolonky vypište veškerá gynekologická onemocnění, která se u Vás vyskytla během života (př. od r. 2005 léčena sterilita, 2005 - cysta na levém vaječniku – laparoskopická operace, aj.). Pokud trpíte na časté výtoky– stačí napsat jen časté výtoky).

.....  
.....  
.....

**Operace, úrazy:** ( Do této kolonky vypište veškeré operace či úrazy, věk či rok, kdy k operaci či úrazu došlo)

.....  
.....  
.....

**Návyky:**

- Kouření (kouříte-li, napište množství cigaret denně).....
- Alkohol .....
- Drogy (užíváte-li některé z drog, napište název).....

**Menstruace:** začátek v .....letech. Cyklus ...../.....

Pravidelná/ nepravidelná/ bolestivá (prosím zaškněte)

**Matrika:**

Datum sňatku.....

**Otec dítěte:**

Jméno, příjmení, titul.....

Rodné číslo ...../.....

Místo narození a okres místa narození.....

Adresa trvalého bydliště.....

Nejvyšší ukončené vzdělání otce dítěte.....

**Pro novorozené dítě:** uveďte prosím, jméno dětského lékaře, u kterého bude po propuštění z porodnice Vaše děťátko v péči .....

Děkujeme za Vaši spolupráci - porodnické oddělení Nemocnice Strakonice, a.s.

