



## ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK – ČÁST A (vyplní ošetřující lékař)

jméno klienta \_\_\_\_\_ věk \_\_\_\_\_  
datum vyšetření \_\_\_\_\_

### Rodinná anamnéza

Vyskytly se v rodině klienta nějaká závažná či dědičná onemocnění?  ANO  NE

Pokud ANO, specifikujte:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Osobní anamnéza

Vyskytla se u klienta v minulosti nějaká závažná či dědičná onemocnění?  ANO  NE

Pokud ANO, specifikujte:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Trpí klient v současné době nějakými onemocněními?  ANO  NE

Pokud ANO, specifikujte:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Léčil se klient pro infertilitu / sterilitu?  ANO  NE

Byla zjištěna příčina infertility / sterility?  ANO  NE

Je u klienta s adekvátní léčbou možné početí?  ANO  NE

Utrpěl klient v minulosti nějaký závažný úraz, který by mohl ovlivnit jeho roli adoptivního rodiče?  ANO  NE

Pokud ANO, upřesněte:

\_\_\_\_\_

### Tělesné vyšetření

výška \_\_\_\_\_ váha \_\_\_\_\_

muskuloskeletální systém \_\_\_\_\_ nervový systém \_\_\_\_\_

uši \_\_\_\_\_ oči \_\_\_\_\_

nos a krk \_\_\_\_\_ dutina ústní \_\_\_\_\_

štítná žláza \_\_\_\_\_ kardiovaskulární systém \_\_\_\_\_

krevní tlak \_\_\_\_\_ respirační systém \_\_\_\_\_

břicho \_\_\_\_\_ urogenitální systém \_\_\_\_\_

test na HIV vykonán dne \_\_\_\_\_  pozitivní  negativní

test na Hepatitis C vykonán dne \_\_\_\_\_  pozitivní  negativní

Trpí klient nějakými přenosnými nemocemi, specifickou nemocí či postiženími, které by mohly vytvářet významné riziko přenosu?  ANO  NE

Pokud ANO, stručně vysvětlete:

\_\_\_\_\_

---

---

Užívá klient trvale léky?  ANO  NE

Pokud ANO, uveďte, jaké:

---

**Závislosti** (drogová, alkoholová, hráčská, jiná)

Léčil se klient v minulosti?  ANO  NE  NEVÍM

Léčí se klient v současné době?  ANO  NE  NEVÍM

Pokud byla zvolena možnost ANO, specifikujte \_\_\_\_\_

---

**Zhodnocení celkového zdravotního stavu**

klient je zdrav

klient se léčí a léčba nebude omezovat klienta v jeho roli adoptivního rodiče

klient má zdravotní potíže a léčba by ho mohla významně ovlivnit v jeho roli adoptivního rodiče

Dal/a jste tomuto klientovi nějaká doporučení ohledně lékařské péče?  ANO  NE

Pokud ANO, stručně vysvětlete:

---

---

podpis, razítko lékaře \_\_\_\_\_

**ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK – ČÁST B**  
**(vyplní žadatel/ka)**

Máte nějaké zdravotní potíže a omezení (alergie, astma...)?  ANO  NE

Pokud ANO, upřesněte:

---

Užíváte trvale léky?  ANO  NE

Pokud ANO, uveďte, jaké:

---

Docházíte k odbornému lékaři?  ANO  NE

Pokud ANO, upřesněte:

---

Léčil/a jste se v minulosti nebo se léčíte v současnosti ze závislosti (drogová, alkoholová, hráčská, jiná)?  ANO  NE

Pokud ANO, upřesněte:

---

Cítíte se z vašeho pohledu zdrav/a a po fyzické i psychické stránce schopen/schopna pečovat o osvojené dítě?  ANO  NE

Pokud NE, upřesněte:

---

datum \_\_\_\_\_ podpis \_\_\_\_\_