

## Preventívna prehliadka pre dospelých

Predtlačенý formulár pre všeobecných lekárov zabezpečujúcich starostlivosť pre poistencov Union zdravotnej poisťovne, a.s., vo veku od 19 rokov.

Meno, priezvisko, titul	
Bydlisko	
Poisťovňa	

Rodinná anamnéza	
Lieková anamnéza	
Osobná anamnéza	
Subjektívny stav popísaný pacientom	
Objektívny stav zhodnotený lekárom	
Hlava	
Dutina ústna	
Jazyk	
Krk	
Hrudník	
Brucho	
Vyšetrenie per rectum u muža	
Horné končatiny	
Dolné končatiny	

	Zistené hodnoty	Normálne hodnoty
Výška		
Hmotnosť		
BMI (hmotnosť/výška <sup>2</sup> )		20 – 25 kg/m <sup>2</sup>
Tlak krvi		140/80 Hg
Pulz		80
Moč chemicky		
Moč sediment		

	Zistené hodnoty	Normálne hodnoty
Glykémia		3,3 – 6,2 mmol/l
Kreatinín		M: 55 – 110; Ž: 45 – 95 umol/l
KO		
Erytrocyty		M: 4,0 – 5,9; Ž: 3,8 – 5,3x10 <sup>12</sup> /l
Hematokrit		M: 0,38 – 0,51; Ž: 0,35 – 0,46
Hemoglobín		M: 130 – 176; Ž: 120 – 160 g/l
Leukocyty		3,6 – 10,0x10 <sup>9</sup> /l
Sedimentácia ery – FW		M: 1 – 10/hod; Ž: 2 – 12/hod
Trombocyty		150 – 350x10 <sup>9</sup> /l
Iné		

Dátum: .....

.....  
Podpis a pečiatka lekára, ktorý prehliadku vykonal

Vo veku 40 alebo 41 rokov	zistené	normálne
Cholesterol		3,1 – 5,2 mmol/l
Triacylglyceroly		do 2,0 mmol/l
Vo veku od 40 rokov		
EKG – popis		

Vo veku od 50 rokov a u poistencov s pozitívnou rodinnou anamnézou		
Okultné krvácanie v stolici		negat.
Zistený záver		
Forma oboznámenia pacienta so závermi tejto preventívnej prehliadky		
Dátum oboznámenia pacienta so závermi tejto preventívnej prehliadky		

Ak sa objavili nejaké nefyziolog. hodnoty, uveďte kedy a aké kontrolné vyšetrenie plánujete, resp. akú konzultáciu s iným odborníkom a kedy	
Dodatočné zistenia	
Iné	
Informovaný súhlas pacienta v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.	
Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol/a informovaný/á o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia tejto zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.	

Dátum: .....

.....  
Podpis pacienta (zodp. zástupcu\*)

\*V tomto prípade aj vyjadrenie osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti.

Dátum: .....

.....  
Podpis a pečiatka lekára, ktorý prehliadku vykonal