

# Háziorvosi törzskarton - Önkitöltős formanyomtatvány 18 év feletti bejelentkezett biztosítottak ellátásához

SZEMÉLYES ADATOK												
Név:												
Születési név:												
Édesanyja neve:												
Nem:			férfi				nő					
Születési hely:												
Születési idő:			év				hó		nap			
Állampolgárság:												
Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ):												

KÖZGYÓGYELLÁTÁSI IGAZOLVÁNY												
<i>Amennyiben rendelkezik közgyógyellátási igazolvánnyal, kérjük annak minden adatát adja meg.</i>												
Közgyógyellátási igazolvány száma:												
Kiállítás ideje:			év				hó		nap			
Lejárat ideje:			év				hó		nap			
Érvényesség típusa*:												

\*Érvényesség típusa lehet: érvényes lejáratig vagy érvényes visszavonásig

LEGMAGASABB ISKOLAI VÉGZETTSÉG, FOGLALKOZÁS												
Kevesebb, mint 8 általános			8 általános				Szakmunkásképző, szakiskola					
Szakközépiskola, technikum			Gimnázium				Főiskolai diploma					
Egyetemi diploma			Nem tudok válaszolni				Nem kívánok válaszolni					
Foglalkozás:												

ELÉRHETŐSÉGI ADATOK												
ÁLLANDÓ LAKÓHELY						Ország:						
Irányítószám:				Település:								
Közterület neve:						jellege:				Házszám, Emelet, ajtó:		
TARTÓZKODÁSI HELY						Ország:						
Irányítószám:				Település:								
Közterület neve:						jellege:				Házszám, Emelet, ajtó:		
E-mail cím:												
Vezetékes telefonszám:												
Mobiltelefonszám:												

VEZETŐI ENGEDÉLLEL KAPCSOLATOS INFORMÁCIÓK												
<i>Amennyiben rendelkezik vezetői engedéllyel, kérjük annak minden adatát adja meg.</i>												
Vezetői engedély száma:												
Vezetői engedély típusa:				kategóriája:				csoportja:				
Érvényesség vége:			év				hó		nap			
Korlátozások (kódjai)**:												

\*\*Kitöltése gépjárművezetői engedély esetén lehetséges.

# Háziorvosi törzskarton - Önkitöltős formanyomtatvány 18 év feletti bejelentkezett biztosítottak ellátásához

## CSALÁDI ANAMNÉZIS

Milyen krónikus és/vagy daganatos betegsége van vagy volt a felsorolt családtagjainak? (Kérjük tegyen X jelet a megfelelő cellába)

Milyen egyéb, családban halmozódó megbetegedésekről van tudomása?

	SZÜLŐ				TESTVÉR				GYERMEK				NAGYSZÜLŐ, NAGYBÁCSI, NAGYNÉNI, ELSŐ FOKÚ UNOKATESTVÉR	
	ÉDESAPA		ÉDESANYA		FIÚ ..... fő		LÁNY ..... fő		FIÚ ..... fő		LÁNY ..... fő		fiatalon*	idősebb korban
	fiatalon (<55 év)	idősebb korban	fiatalon (<65 év)	idősebb korban	fiatalon (<55 év)	idősebb korban	fiatalon (<65 év)	idősebb korban	fiatalon (<55 év)	idősebb korban	fiatalon (<65 év)	idősebb korban		
Szívkoszorúér-betegség, infarktus														
Magasvérnyomás														
Szélütés, agyvérzés														
Cukorbetegség	1-es típusú ~													
	2-es típusú ~													
	nem meghatározott													
	várandóssági ~													
Légúti allergiás betegség														
Örökítő vesebetegség														
Daganatos megbetegedések	fiatalon (<40 év)	idősebb korban	fiatalon (<40 év)	idősebb korban	fiatalon (<40 év)	idősebb korban	fiatalon (<40 év)	idősebb korban	fiatalon (<40 év)	idősebb korban	fiatalon (<40 év)	idősebb korban	fiatalon (<40 év)	idősebb korban
Vastagbél-végbél daganat														
Hasnyálmirigy daganat														
Tüdődaganat														
Heredaganat														
Prosztata daganat														
Petefészek daganat														
Emlődaganat														
Családban halmozódó egyéb megbetegedések														
Trombózishajlam														
Öngyilkosság														
Depresszió														
Genetikai betegség														
Autoimmun betegség														
Atópiás hajlam														
Egyéb**:														

\* Fiatalon: Férfiak esetében <65 év; Nők esetében <55 év

\*\* Családban halmozódó egyéb megbetegedések esetében, amennyiben releváns a családi kórelőzménybe további megbetegedéseket rögzíteni, a megbetegedés nevét itt kell rögzíteni

# Háziorvosi törzskarton - Önkitöltős formanyomtatvány 18 év feletti bejelentkezett biztosítottak ellátásához

## DOHÁNYZÁSI SZOKÁSOKRA VONATKOZÓ KÉRDÉSEK

*Kérjük, tegyen X jelet a megfelelő cellába*

### Dohányzik jelenleg?

igen, naponta	nem, kevesebb, mint egy éve hagytam abba
igen, alkalmanként	nem, több mint egy éve hagytam abba
soha nem dohányoztam	nem tudok válaszolni
nem kíván válaszolni	

### Hány évig dohányzott?

Amennyiben a "Dohányzik-e jelenleg?" kérdésre azt válaszolta, hogy **leszokott a dohányzásról**, kérem adja meg válaszát!

### Hány éve dohányzik napi rendszerességgel?

Amennyiben a "Dohányzik-e jelenleg?" kérdésre **igennel** válaszolt, kérem adja meg válaszát!

### Átlagosan hány cigarettát szív el naponta?

Amennyiben a "Dohányzik-e jelenleg?" kérdésre **igennel** válaszolt, kérem adja meg válaszát!

### Szándékában áll-e letenni a cigarettát a következő 30 napban?

Igen	Nem
Nem tud válaszolni	Nem kíván válaszolni

### Ébredés után mennyi idő múlva szívja el az első cigarettáját?

5 percen belül	6-30 perc múlva
31-60 perc múlva	több mint 60 perc múlva
nem tudok válaszolni	nem kívánok válaszolni

### Mennyi időt tölt olyan helyiségben, ahol mások dohányoznak?

naponta kevesebb, mint 1 órát	naponta több mint 5 órát
naponta 1-5 órát	nem tudok válaszolni
nem kívánok válaszolni	

## ALKOHOLFOGYASZTÁSI SZOKÁSOKRA VONATKOZÓ KÉRDÉSEK

*Kérjük, tegyen X jelet a megfelelő cellába*

### Az elmúlt 12 hónapban milyen gyakran fogyasztott Ön alkoholtartalmú italt?

soha	négyszer vagy többször egy héten
havonta vagy kevesebbszer	nem kívánok válaszolni
kétszer vagy négyszer egy hónapban	nem tudok válaszolni
kétszer vagy háromszor egy héten	

### Az elmúlt 12 hónapban milyen gyakran fogyasztott Ön egy alkalommal 6 vagy annál több alkoholtartalmú italt?

mindennap vagy majdnem mindennap	ritkábban, mint havonta egyszer
hetente 5-6 napon	nem kívánok válaszolni
hetente 3-4 napon	az elmúlt 12 hónapban egyszer sem
hetente 1-2 napon	soha nem fordult még elő
havonta 2-3 napon	nem tudok válaszolni
havonta egyszer	nem kívánok válaszolni
több, mint 8 és fél óra (8:31-)	

# Háziorvosi törzskarton - Önkitöltős formanyomtatvány 18 év feletti bejelentkezett biztosítottak ellátásához

## ÉLETMÓDDAL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK

*Kérjük, tegyen X jelet a megfelelő cellába*

### Az Ön jelenlegi gazdasági aktivitása fő munkáját tekintve?

teljes munkaidős alkalmazásban állok	<input type="checkbox"/>	öregségi vagy özvegyi nyugdíjas vagyok	<input type="checkbox"/>
részmunkaidős alkalmazásban állok	<input type="checkbox"/>	rokkantsági nyugdíjas, járadékos vagyok	<input type="checkbox"/>
segítő családtag vagyok	<input type="checkbox"/>	nappali tagozaton tanulok	<input type="checkbox"/>
teljes munkaidős vállalkozó (vállalkozás tagja) vagyok	<input type="checkbox"/>	gyermekgondozási ellátáson vagyok	<input type="checkbox"/>
részmunkaidős vállalkozó vagyok	<input type="checkbox"/>	háztartásbeli, illetve családomat látom el	<input type="checkbox"/>
alkalmi munkás, napszámos vagyok	<input type="checkbox"/>	egyéb inaktív	<input type="checkbox"/>
munkanélküli vagyok	<input type="checkbox"/>	nem tudok válaszolni	<input type="checkbox"/>
nem kívánok válaszolni	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

### Milyen az Ön egészsége általában?

nagyon jó	<input type="checkbox"/>	rossz	<input type="checkbox"/>
jó	<input type="checkbox"/>	nagyon rossz	<input type="checkbox"/>
kielégítő	<input type="checkbox"/>	nem tudok válaszolni	<input type="checkbox"/>
nem kívánok válaszolni	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

### Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?

nagyon sokat tehetek	<input type="checkbox"/>	keveset tehetek	<input type="checkbox"/>
sokat tehetek	<input type="checkbox"/>	semmit sem tehetek	<input type="checkbox"/>
nem tudok válaszolni	<input type="checkbox"/>	nem kívánok válaszolni	<input type="checkbox"/>

### Szed rendszeresen vérnyomáscsökkentő gyógyszereket?

igen	<input type="checkbox"/>	nem	<input type="checkbox"/>
nem tudok válaszolni	<input type="checkbox"/>	nem kívánok válaszolni	<input type="checkbox"/>

### Mértek Önnél valaha magasabb vércukor értéket (orvosi vizsgálatkor, betegség, terhesség esetén)?

igen	<input type="checkbox"/>	nem	<input type="checkbox"/>
nem tudok válaszolni	<input type="checkbox"/>	nem kívánok válaszolni	<input type="checkbox"/>

### Milyen gyakran fogyaszt zöldséget vagy gyümölcsöt?

minden nap	<input type="checkbox"/>	nem minden nap	<input type="checkbox"/>
nem tudok válaszolni	<input type="checkbox"/>	nem kívánok válaszolni	<input type="checkbox"/>

### Végez-e legalább 30 perces mérsékelt fizikai tevékenységet naponta?

igen	<input type="checkbox"/>	nem	<input type="checkbox"/>
nem tudok válaszolni	<input type="checkbox"/>	nem kívánok válaszolni	<input type="checkbox"/>

### Végez-e legalább heti háromszor, összesen legalább 75 perc erőteljes vagy 150 perc mérsékelt testmozgást?

igen	<input type="checkbox"/>	nem	<input type="checkbox"/>
nem tudok válaszolni	<input type="checkbox"/>	nem kívánok válaszolni	<input type="checkbox"/>

### Mennyi időt tölt Ön ülve egy átlagos napon?

legfeljebb 5 és fél óra (0:00–5:30)	<input type="checkbox"/>	nem tudok válaszolni	<input type="checkbox"/>
több, mint 5 és fél óra, de legfeljebb 8 és fél óra (5:31–8:30)	<input type="checkbox"/>	nem kívánok válaszolni	<input type="checkbox"/>
több, mint 8 és fél óra (8:31–)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>