

RODOKMENOVÝ DOTAZNÍK **ŽENA**

Genetická ambulance

Jméno	Příjmení	Datum narození	Pojišťovna
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rodné číslo	Národnost	Adresa bydliště	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Profese (pracovní zařazení)	Zdravotní rizika v zaměstnání (např. radiace, chemikálie,...)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

A Údaje o vašem zdravotním stavu

Máte vrozenou vadu či odchylku?

ANO ☐NE ☐

Jakou?

PRODĚLANÉ ANEBO SOUČASNÉ ONEMOCNĚNÍ

Kromě běžných dětských nemocí, byla jste jinak vážně nemocná?

ANO ☐NE ☐

Pokud ano, byla nebo jste léčena či sledována pro:

☐ nedoslýchavost☐ migréna☐ atopický ekzém☐ dna☐ vysoký tlak☐ onemocnění střev☐ nádorové onemocnění (uveďte věk diagnózy a typ nádoru):☐ špatný zrak☐ epilepsie☐ astma☐ cukrovka☐ onemocnění srdce☐ onemocnění ledvin☐ křivost☐ duševní nemoci☐ alergie☐ porucha štítné žlázy☐ plicní onemocnění☐ poruchy hybnosti

Trpím jinými obtížemi a chorobami (vypište)

Prodělala jste nějaké operace či úrazy?

ANO ☐NE ☐

Jaké a v jakém věku?

Užíváte trvale nějaké léky?

ANO ☐NE ☐

Jaké?

Prodělala jste samovolný potrat?

ANO ☐NE ☐

Kolikrát a v jakém týdnu gravidity?

Menses od let

Cyklus pravidelně?

ANO ☐NE ☐

Interval/počet dní

 /

Jste kuřáčka?

ANO ☐NE ☐

Uveďte jméno a adresu Vašeho lékaře, který Vám doporučil genetické vyšetření



RODOKMENOVÝ DOTAZNÍK ŽENA

Genetická ambulance

B Údaje o vaší rodině

Byl v rodině uzavřen příbuzenský sňatek?

ANO ☐ NE ☐

U kterých příbuzných?

Vyskytly se v rodině samovolné potraty/mrtvě rozené dítě?

ANO ☐ NE ☐

U kterých příbuzných?

Narodila se v rodině dvojčata?

ANO ☐ NE ☐

U kterých příbuzných?

DĚTI

Napište jméno, rok narození a zdravotní stav Vašich dětí od nejstaršího k nejmladšímu.

Pokud jsou z různých manželství či vztahů, uveďte jméno druhého rodiče.

Jméno a příjmení	Rok narození	Zdravotní stav (choroby, vrozené vady, typ nádoru a věk diagnózy, příčiny a věk úmrtí)	Porodní hmotnost (g) Týden těhotenství
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vaše případné další děti uveďte v doplňující poznámce na poslední straně dotazníku. Pokud mají Vaše děti nějakou vadu nebo trpí nějakým onemocněním, uveďte zda a kde jsou léčeny či sledovány v doplňující poznámce na poslední straně dotazníku.

SOUROZENCI

Napište celé jméno, rok narození a nemoci svých sourozenců od nejstaršího k nejmladšímu.

U nevlastních sourozenců uveďte, zda je společná matka či otec.

Jméno a příjmení	Rok narození	Zdravotní stav (choroby, vrozené vady, typ nádoru a věk diagnózy, příčiny a věk úmrtí)	Počet dcer	Počet synů
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vaše případné další sourozence uveďte v doplňující poznámce na poslední straně dotazníku.



RODOKMENOVÝ DOTAZNÍK ŽENA

Genetická ambulance

RODIČE

Napište jméno, rok narození a zdravotní stav Vašich rodičů.

	Jméno a příjmení (i rodové)	Rok narození	Zdravotní stav (choroby, vrozené vady, typ nádoru a věk diagnózy, příčiny a věk úmrtí)	Počet dcer	Počet synů
Matka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otec	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RODINA MATKY

Napište jména a příjmení rodičů a sourozenců Vaší matky.

	Jméno a příjmení (i rodové)	Rok narození	Zdravotní stav (choroby, vrozené vady, typ nádoru a věk diagnózy, příčiny a věk úmrtí)	Počet dcer	Počet synů
Matka matky	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otec matky	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1. sourozenec	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. sourozenec	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. sourozenec	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Případné další matčiny sourozence uveďte v doplňující poznámce na poslední straně dotazníku.

RODINA OTCE

Napište jména a příjmení rodičů a sourozenců Vašeho otce.

	Jméno a příjmení (i rodové)	Rok narození	Zdravotní stav (choroby, vrozené vady, typ nádoru a věk diagnózy, příčiny a věk úmrtí)	Počet dcer	Počet synů
Matka otce	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otec otce	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1. sourozenec	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. sourozenec	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. sourozenec	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Případné další otcovy sourozence uveďte v doplňující poznámce na poslední straně dotazníku.

RODOKMENOVÝ DOTAZNÍK **ŽENA**

Genetická ambulance

Víte o vrozených vývojových vadách (VVV) u bratranců a sester a jejich dětí nebo v širší rodině?

ANO ☐ NE ☐

U kterých příbuzných a jaké VVV?

Víte o nádorových onemocněních u Vašich bratranců a sester a jejich dětí nebo v širší rodině?

ANO ☐ NE ☐

U kterých příbuzných, typ nádoru a věk diagnózy a zda dosud žije či ne?

Doplňující poznámky

**Pokud je to možné, PROSÍM DONESTE S SEBOU LÉKAŘSKÉ ZPRÁVY VAŠICH PŘÍBUZNÝCH.
V PŘÍPADĚ NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ VČETNĚ VÝSLEDKU HISTOLOGIE NÁDORU!**

Prohlašuji, že jsem všechny údaje vyplnila pravdivě, dle mně známých skutečností.

Dávám výslovný souhlas Bioptická laboratoř s.r.o. se zpracováním svých osobních údajů, včetně osobních údajů zvláštní kategorie, a to za účelem poskytování služby a za účelem předání dalším správcům osobních údajů k jejich vlastnímu zpracování mimo účely poskytování plánované zdravotní péče a diagnostické zdravotní péče. Stvrzuji, že jsem se seznámila s informacemi o zpracování osobních údajů dostupnými také na webových stránkách Bioptická laboratoř s.r.o. a se svými právy z tohoto poučení vyplývajících.

Datum

Podpis