

DOTAZNÍK**subjektívnych obtiaží pacientov prichádzajúcich na ošetrovňu**

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia: Jednotka:

Dátum a hodina príchodu na ošetrovňu:

Ak máte niektoré z uvedených chorobných príznakov, podtrhnite!

1. Bolest hlavy
2. Malátnosť, slabosť
3. Dráždivý, suchý kašeľ
4. Kašeľ s vykašľávaním
5. Nádcha (rýma)
6. Bolest v krku stála
7. Bolest v krku pri prehĺtaní
8. Bolest očí
9. Zimnica, triaška
10. Bolest brucha
11. Bolest alebo pálenie pri dýchaní na prsiach
12. Bolest kĺbov
13. Bolest v chrbte
14. Bolest svalov
15. Nadmerné potenie
16. Pálenie pri močení
17. Hnačka (prŕjem)
18. Vracanie alebo pocit na vracanie
19. Ak máte iné príznaky, vypíšte konkrétne slovami:
