

Vstupní dotazník pro manuální lymfodrenáž

Jméno, příjmení:			
Rok narození:			
Telefon:			
E-mail :			
Výška / váha:			
Osobní anamnesa			
Prodělané operace:			
Neurologické obtíže:	NE*	ANO*	jaké?
Onemocnění srdce:	NE	ANO	jaké?
Hypertenze	NE	ANO	
Hypotenze	NE	ANO	
Cévní onemocnění	NE	ANO	jaké?
Onemocnění štítné žlázy	NE	ANO	jaké?
Cukrovka	NE	ANO	
Onemocnění jater	NE	ANO	jaké?
Onemocnění ledvin	NE	ANO	jaké?
Poruchy zraku (např. glaukom)	NE	ANO	jaké?
Onemocnění pohybového aparátu	NE	ANO	jaké?
Jste gravidní?	NE	ANO	
Odstraněná slezina	NE	ANO	
Astma	NE	ANO	
Transplantace orgánů	NE	ANO	jakých?
Jiné			

* Nehodící se škrtněte