

HOMEOPATICKÝ CHOROBOPIS

Datum: _____

Jméno: _____

Zdravotní pojišťovna: _____

Příjmení: _____

Povolání: _____

Rodné jméno: _____

Adresa: _____

Datum narození: _____

Rodné číslo: _____

Telefon: _____

Důvod návštěvy: _____

Popis současných obtíží: _____

Od kdy? Měl(a) jste podobné potíže už dříve? Byly v té době nějaké zátěže, krize? (uzávěrka v práci, neshody v rodině, krach firmy, propuštění z práce, problémy s dětmi atd.)

Terapie v minulosti a současnosti: _____

U dětí – brala matka před těhotenstvím antikoncepci (zejména hormonální)? Kdy ji vysadila? Brala léky během těhotenství a kojení?

Anamnéza:

Rodinná: _____

Osobní: _____

Jak probíhala gravidita, porod, poporodní období? Jak dlouho bylo dítě kojeno? Kdy rostly zuby? Kdy začalo chodit, mluvit? Kdy se uzavřela fontanela?

Kdy začalo udržovat čistotu? Jak proběhl nástup do MŠ a ZŠ? Alergie, úrazy, hospitalizace, speciální poradny?

Je něco nápadného při konzultaci – postoj, chování, výraz tváře?

Očkování: povinná u dětí? -> reakce? / nepovinná, jaká? -> reakce? / při výjezdu do zahraničí, jaká? -> reakce?

VYŠETŘENÍ JEDNOTLIVÝCH ORGÁNŮ

Systematický dotazník pro zjištění SYMPTOMŮ a určení MODALIT.

Zaživací ústrojí

Převod z kojení na jinou stravu – jak proběhl? _____

Jaký druh sladkostí dítě preferuje? _____

Chuť a averze k potravě _____

Zaživací obtíže _____

Funkce střev _____

Počet stolic denně? _____

Hemoroidy _____

Jsou nějaké problémy, které nemůžete „strávit“? _____

ORL a dýchací ústrojí

Infekce HCD _____

Alergické rinitidy _____

Polypy _____

Bronchitidy _____

Astma _____

Hlava

Cefalea, migrény _____

Lokalizace, rytmus potíží _____

Závratě _____

Poruchy zraku _____

Strabismus? _____

Oběhové ústrojí

Palpitace, dyspnoe _____

Arterioskleróza _____

Hypertenze _____

Varixy, edémy _____

U dětí – šelesty, vrozené vývojové vady srdce? _____

Močové ústrojí

Dysurie, polyurie _____

Uroinfekce _____

Prostatismus _____

Urolitiáza _____

U dětí – sono ledvin – bylo a výsledek? _____

Kůže

Ekzém, pruritus _____

Suchá, mastná kůže _____

Pocení _____

Lokalizace _____

Akné _____

Herpes _____

Bradavice _____

Mykóza _____

Vlasy, nehty _____

Reakce na slunce, moře _____

Pohlavní orgány

Počet těhotenství a jejich data _____

Porody _____

Datum první menstruace _____

Délka cyklu _____

Vzhled a intenzita krvácení _____

Premenstruační syndrom _____

Leukorea _____

Antikoncepce _____

Sexualita _____

Pohybové ústrojí

Revmatismus _____

Artróza _____

Vertebrogenní obtíže _____

U dětí – scoliosa, kyčle po porodu _____

Lokalizace _____

Nervový systém a psychika

Spánek _____

Spánková poloha, ranní nálada _____

Agitovanost, únavnost _____

Emoční poruchy _____

Depresivní stavy _____

Poruchy chování a školní adaptace _____

Vyhledávání útěchy aj. _____

Jak snášíte bolest? _____

Jak snášíte kolotoče, houpačky, letadla, výšky? _____

Jak snášíte horko? _____

Celková citlivost

Zhoršení/zlepšení chladem, teplem, vlhkostí _____

Zhoršení/zlepšení u moře, na horách _____

Zhoršení/zlepšení z hlediska časového a sezónního _____

Rytmus potíží _____

KLINICKÉ VYŠETŘENÍ

Hmotnost: _____ Výška: _____ TKJ: _____

Klinické vyšetření: _____

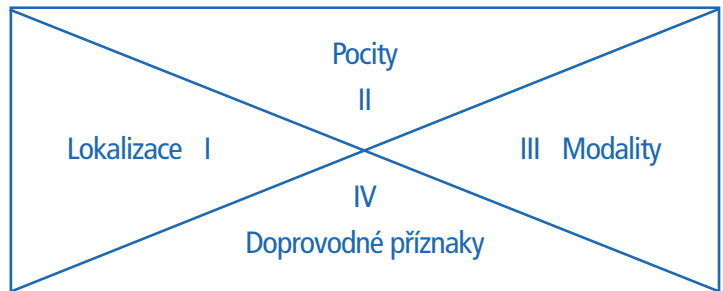
Doplňující vyšetření: _____

Lipidogram: _____ Glykémie: _____

DIAGNÓZA

STANOVENÍ TERAPIE

Symptomatické léky: _____



Terénní léky určené na základě:

- Anatomickopatologické nebo patofyziologické shody: _____
- Vlastní patogenetické shody: _____
- Chronického způsobu reakce: _____
- Citlivého typu: _____
- Etiologie: _____

Recept:

Poznámky: _____
