

# Dotazník pre vykonávanie fyzikálnych a biochemických vyšetrení zameraných na výkon prevencie KVO v lekární podľa štandardného preventívneho postupu (PpVP)

Lekárneň:



1. Meno a priezvisko vyšetrovanej osoby: .....

2. Dátum narodenia vyšetrovanej osoby: .....

## Informovaný súhlas s preventívnym zdravotným vyšetrením poskytnutým v lekární

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol zrozumiteľne poučený(á) o spôsobe preventívneho zdravotného vyšetrenia v lekární, o jeho účele a tiež orientačnej (indikatívnej) povahe bez akejkoľvek diagnostiky, ktorá je výlučne v kompetencii lekára. Potvrdzujem tiež, že odbornému personálu lekárne poskytnem pravdivé osobné údaje, informácie o mojej osobnej a rodinnej anamnéze a o prípadnom užívaní liekov a doplnkov stravy. Prehlasujem a potvrdzujem, že netrpím žiadnym infekčným ochorením a nemám zníženú obranyschopnosť voči infekciám. Zároveň potvrdzujem, že vyšetrenie postupujem dobrovoľne na vlastnú žiadosť a riziko a súhlasím s anonymným využitím týchto údajov zo všetkých meraní v tejto lekární pre štatistické účely.

## Poučenie o spracúvaní osobných údajov

Výššie uvedená lekárneň je ako prevádzkovateľ oprávnená spracúvať Vaše osobné údaje uvedené v tomto súhlase vrátane Vášho súhlasu do skončenia druhého kalendárneho roka nasledujúceho po roku, v ktorom bolo uskutočnené posledné vyšetrenie u prevádzkovateľa. Vaše osobné údaje nebudú postupované ani sprístupňované iným subjektom bez vášho výslovného súhlasu.

Právnym základom spracovania Vašich osobných údajov je čl. 6 ods. 1 písm. b) nariadenia – spracovanie osobných údajov na základe zmluvy a za účelom splnenia zmluvy/ Vašej objednávky na vykonanie vyšetrenia.

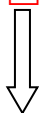
V súvislosti so spracúvaním Vašich osobných údajov máte právo najmä na informácie a oznámenia, ktoré sa týkajú spracúvania, na prístup k Vaším osobným údajom, na opravu vo Vašich osobných údajov, na výmaz Vašich osobných údajov, na obmedzenie spracúvania Vašich osobných údajov, právo na oznámenie, že Vaše osobné údaje boli opravené, vymazané alebo ich spracúvanie bolo obmedzené, na prenosnosť Vašich osobných údajov k inému prevádzkovateľovi. Máte aj právo namietať proti spracúvaniu Vašich osobných údajov, ak je spracúvanie realizované na základe oprávneného záujmu a právo odvolať svoj súhlas, ak ste udelili súhlas s určitým typom spracúvania osobných údajov. Taktiež máte právo podať sťažnosť Úradu na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky s webovým sídlom na adrese: [www.dataprotection.gov.sk](http://www.dataprotection.gov.sk).

Dátum vyšetrenia: .....

Podpis vyšetrovanej osoby: .....

3. Absolvujete dnes po prvý krát vyšetrenie parametrov v tejto lekární ?\*

☐ áno



**Vyplňte prosím polia č.4 až 7**

☐ nie, už som tu vyšetrenie absolvoval(a)



## **Pokračujte ďalej otázkou. č. 8**

Uveďte svoj identifikátor z vyšetrení v lekární (ak ho máte)

Identifikátor:

4. Vzdelanie (ZŠ/SŠ/VŠ): .....

5. Poist'ovňa: .....

6. Pohlavie:\*

☐ žena

☐ muž

7. Mali ste už niekedy zistený zvýšený niektorý z nasledovných parametrov?\*

☐ ktorýkoľvek lipidový parameter v krvi (cholesterol, LDL, tuky)

☐ cukor v krvi

☐ krvný tlak

☐ srdcový rytmus - pulz<sup>1)</sup>

☐ žiadny z uvedených

8. Ktoré parametre si želáte dnes nechať premerať?\*

☐ krvný tlak

☐ pulz<sup>1)</sup>

☐ iné fyz. parametre .....

☐ lipidový profil

☐ tuky v krvi

☐ cholesterol

☐ cukor v krvi

9. Prišli ste dnes na vyšetrenie nalačno? \*

☐ áno (lačnenie min. 12 h)

☐ takmer (lačnenie minimálne 8 hodín)

☐ nie

\* povinné údaje <sup>1)</sup> poruchy srdcového rytmu (arytmie)

**10. Je u Vás prítomné niektoré z nasledovných ochorení/rizikových faktorov (RF)?\*:**

- ☐ ischemická choroba srdca / angina pectoris / ischemická choroba dol. končatín?  
☐ infarkt myokardu / cievna mozgová príhoda v minulosti  
☐ diabetes mellitus (cukrovka)  
☐ chronické zlyhanie obličiek  
☐ hypertenzia (vysoký krvný tlak)  
☐ hyperlipidémia (vysoký cholesterol alebo tuky v krvi) – potvrdené v rodine (FH)? A / N  
☐ neobjavilo sa žiadne také ochorenie

**11. Ste pod pravidelným dohľadom lekára kvôli niektorému z vyššie uvedených RF?\***

☐ áno ☐ nie

**12. Na škále 1-5 zhodnoťte do akej miery sú u vás prítomné rizikové faktory životného štýlu?\***

(1 = vôbec; 5 = v maximálnej miere)

Nezdravé stravovanie: ..... Nedostatok pohybu: ..... Nedostatok spánku: ..... Fajčenie: .....

**13. Užívate aktuálne akékoľvek lieky (OTC, Rx) či výživové doplnky (VD)?\***

☐ áno

☐ nie

dokončiť meranie a zapísať výsledky (15)

**14. Ovplyvňujú tieto prípravky niektorý z nasledovných parametrov**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| 14.1. <input type="checkbox"/> lipidy                                     | 14.1.a. <input type="checkbox"/> liek: ..... | 14.1.b. <input type="checkbox"/> VD: ..... |
| 14.2. <input type="checkbox"/> krvný tlak                                 | 14.2.a. <input type="checkbox"/> liek: ..... | 14.2.b. <input type="checkbox"/> VD: ..... |
| 14.3. <input type="checkbox"/> glukóza                                    | 14.3.a. <input type="checkbox"/> liek: ..... | 14.3.b. <input type="checkbox"/> VD: ..... |
| 14.4. <input type="checkbox"/> zrážanlivosť krvi                          | 14.4.a. <input type="checkbox"/> liek: ..... | 14.4.b. <input type="checkbox"/> VD: ..... |
| 14.5. <input type="checkbox"/> neovplyvňujú žiadny z uvedených parametrov |  |  |

**15. Výsledky vyšetrenia:**

GLU ..... mmol/l  
 TAG ..... mmol/l  
 CCH ..... mmol/l  
 HDL/LDL/non-HDL ...../...../..... mmol/l  
 sTK/dTK (LR/PR) ...../..... mmHg  
 pulz ..... tep/min.  
 arytmia (zakrúžkujte) AFIB / VENTR.AR. / NIE  
 hmotnosť/výška ...../..... kg /cm  
 telesný tuk ..... % (kg)  
 BMI ..... kg/m<sup>2</sup>  
 obvod pásu ..... cm  
 iné .....  
 CKVR-SCORE2(OP) ..... % ..... (slovne)

**16. Podozrenie na sekund. skreslenie výsledkov?**

☐ áno ..... ☐ nie

**17. Poznámky (non-compliance?):** .....

.....

**18. Poskytnuté odporúčania:**

**19. Bola odporúčaná návšteva:**

☐ príslušného lekára ☐ Poradne zdravia  
☐ iná inštitúcia .....

**20. Pokiaľ bola návšteva už odporúčaná**

☐ bol navštívený lekár ☐ Poradňa zdravia  
☐ iná inštitúcia .....  
☐ bola na základe návštevy zistená dg: .....

**21. Termín na ďalšie vyšetrenie:**.....

**22. Meno pracovníka**