

## DOTAZNÍK SLUCH

(hodící se zaškrtněte)

**RA:** Uvedte prosím, zda se u někoho z Vaší rodiny vyskytují onemocnění sluchu, závratě nebo tinnitus (= pískání či šumění v uších).

u rodičů:

u sourozenců:

u dětí:

**SA:** Jaké je Vaše zaměstnání? .....

Pracujete nebo jste někdy pracoval/a v hluku či v prostředí s vibracemi?

Pokud ano, jak dlouho - vypište: .....

Navštívil/a jste v poslední době rockový koncert?

ANO	NE
-----	----

**OA:** Prodělal/a jste některá z následujících onemocnění?

záněty středouší

ANO	NE
-----	----

Píchali Vám uši?

ANO	NE
-----	----

Zaléhají Vám uši?

ANO	NE
-----	----

Jak často? .....

operace středního ucha nebo jiné operace v oblasti hlavy a krku

(např. nosní mandle - krční mandle - štítná žláza apod.) - vypište

záněty vedlejších nosních dutin, případně punkce

ANO	NE
-----	----

často se vyskytující rýma či nosní neprůchodnost

ANO	NE
-----	----

Jak často? .....

časté angíny

ANO	NE
-----	----

Prodělal/a jste zápal plic - mononukleózu - infekční žloutenku?

Prodělal/a jste někdy léčbu nádorového onemocnění (chemoterapie)?

ANO	NE
-----	----

Prodělal/a jste někdy nějaké virové onemocnění (např. pásový opar)?

ANO	NE
-----	----

Máte pocit, že Vás někdy pálí žába nebo máte jiné problémy se žaludkem?

ANO	NE
-----	----

Byl/a jste někdy léčen/a masivními dávkami antibiotik (např. v nemocnici)?

ANO	NE
-----	----

Prodělal/a jste někdy úraz nebo operaci páteře či končetin?

ANO	NE
-----	----

Jaký úraz, jakou operaci? .....

Trpíte onemocněním:

ledvin - štítné žlázy - srdce - pohybového ústrojí - vysokým krevním tlakem?

**Terapie:**

Užíváte dlouhodobě nějaké léky? Pokud ano, vypište názvy: .....

**AA:** Byl/a jste někdy vyšetřen/a na alergologii? Kdy naposled?

Na co jste alergický/á?

Jaké léky užíváte na alergii? Vypište.

OTOČTE!

**NO: MÁTE UVEDENÉ PŘÍZNAKY?**

závratě

ANO  NE

Pokud ano: točivé (kolotoč) - tah na stranu - nejistota v terénu - propadání

tinnitus ušní šelesty

ANO  NE

pískání - vysoký tón, šumění, jiné

ANO  NE

přes den nic nevnímám, jen v noci nemohu spát

ANO  NE

přes den i v noci vnímám velmi silně

ANO  NE

tinnitus mi komplikuje pracovní vztahy

ANO  NE

Nerozumíte řeči: v tichém prostředí - v hlučném prostředí - ve společnosti více lidí

Neslyšíte: zvonek - telefon - televizi

Od kdy trvají příznaky, které jste označil/a: .....

Jsou stejné - horší - zmírňují se

Máte sluchadlo?

ANO  NE

Jak dlouho? .....

Poslední sluchadlo: Jaký máte typ?

Vydané kdy? .....

Přispívala Vám na toto poslední sluchadlo pojišťovna?

ANO  NE

Nosíte sluchadlo pravidelně?

ANO  NE

Jak často ho nosíte? .....

několik hodin denně - párkrát do týdne - jen příležitostně - nenosím ho vůbec

jiné: .....

**Číslo mobilního telefonu nejbližšího příbuzného:** .....

Uveďte, o koho se jedná (jméno a příjmení, popř. titul):

--

**Číslo Vašeho mobilního telefonu:** .....

Dotazník vyplnil/a (jméno a příjmení, popř. titul):

--

V Praze dne .....

Podpis: .....