Fyziatricko – rehabilitačné centrum

BIOSANA s.r.o, Budovateľská 34, Prešov

Dotazník: POSTCOVIDOVÁ REHABILITÁCIA

MENO a PRIEZVISKO : rodné číslo:  
bydlisko : telefónny kontakt:  
zdravotná poisťovňa:

1. Akým testom bol u vás potvrdený COVID 19?  
a) PCR test  
b) Ag test  
c) stanovenie protilátok  
d) neviem  
e) nemal som pozit test

2. Kedy ste bol pozitívne testovaný a kedy negatívne?

3. Aký bol priebeh akútneho ochorenia?  
a) bez príznakový  
b) ľahký priebeh (domáca liečba)  
c) ťažký priebeh (nutná hospitalizácia)

4. Ako dlho trvali ťažkosti?  
a) po dobu karantény  
b) aj po uplynutí karantény

5. Ktoré z rizikových faktorov máte?  
a) Cukrovka  
b) Obezita  
c) Kardiovaskulárne ochorenia (arteriálna hypertenzia, ICHS)  
d) Onkologické ochorenie  
e) Pľúcne ochorenie  
f) Chronické obličkové ochorenie  
g) Fajčenie  
h) Ochorenie imunity, alebo imunosupresívna liečba  
i) Žiadne

6. Museli ste kvôli svojmu zdravotnému stavu obmedziť denné aktivity?  
a) áno  
b) nie

7. Ak ste na predošlú otázku odpovedali áno z akých dôvodov?  
a) nadmerná únava  
b) námahová dušnosť  
c) svalové bolesti  
d) nechutenstvo a zažívacie ťažkosti  
e) strata záujmov, pocity úzkosti  
f) búšenie srdca, problémy s tlakom

8. Počas ostatných 7 dní ste zažili niektorý z nasledovných symptómov: \*  
● Únava  
● Horúčka  
● Bolesť v tele

● Dýchavičnosť/Lapanie po dychu  
● Kašeľ  
● Bolesť v hrudi  
● Búšiace srdce, keď vstanem  
● Rýchlo bijúce alebo búšiace srdce za iných okolností  
● Studené ruky alebo nohy  
● Neschopnosť koncentrácie alebo problémy s pamäťou  
● Bolesť hlavy  
● Poruchy spánku  
● Mravčenie a znecitlivenie kdekoľvek na tele  
● Závraty  
● Delírium  
● Strata chuti a / alebo čuchu  
● Bolesť brucha  
● Nevoľnosť  
● Hnačka  
● Anorexia a znížená chuť do jedla  
● Bolesť kĺbov  
● Bolesť svalov  
● Depresia  
● Úzkosť  
● Pocit odcudzenosti od vlastného tela  
● Zvonenie alebo tlak v ušiach  
● Bolesť ucha  
● Bolesť hrdla  
● Stiahnuté hrdlo / pocit dusenia  
● Kožné vyrážky  
● Vypadávanie vlasov  
● Napuchnuté, sfarbené prsty  
● Výrazný pokles vylučovania moču  
● Vypadávanie zubov  
● Zlomené zuby  
● Nepravidelná alebo chýbajúca menštruácia  
● Iné:

9. Vyhľadali ste odborníka kvôli aktuálnym ťažkostiam?  
a) áno (akého)................................  
b) nie

10. Ak áno, aký postup bol navrhnutý a aké vyšetrenia ste absolvovali?

10. Ako dlho máte ťažkosti?  
a) menej ako 10t  
b) viac ako 10t

11. Bol navrhnutý liečebný postup prínosom ?  
a) áno  
b) nie

12.Ste PN, ak áno odkedy?

13. Očkovanie proti COVID – 19 :  
- nie  
- áno : 1. očkovacia dávka : dátum očkovania .......................názov vakcíny ...................................

2. očkovacia dávka : dátum očkovania .......................názov vakcíny...................................

Vakcinácia úspech a prínos, posúdenie zdravot. stavu po vakcinácii :  
- áno , zdravotný stav sa zlepšil  
- nie , nepostrehol som po vakcinácii zmenu a zlepšenie

Ďakujeme za pravdivé vyplnenie dotazníka.

Tešíme sa na vás v našom fyziatricko-rehabilitačnom centre BIOSANA.