

Anamnézislap

Tisztelt Hölgem/Uram!

Kérjük, töltsse ki a kérdőívet részletesen. Húzza alá a megfelelő válaszokat, illetve válaszoljon a kérdésekre.

Kitöltés dátuma:

Kérdőívet átvette: _____

Kórelőzmény betegeknél

Név: _____ születési dátum: _____

Foglalkozás: _____

Beutaló intézmény, orvos: _____

A jelentkezés saját kezdeményezés: igen nem

Mások hívták fel a figyelmet hangproblémájára: igen nem

A vizsgálat oka:

Jelenlegi panaszok: Rekedtség? Hang túl mély, túl magas, túl halk vagy hangos?

A hang terhelhetősége csökkent? Hang nélküli állapotok? _____

Kellemetlenségi érzetek: gombócérzés, torokkösörülési-krákogási késztetés, köhögési inger, égő-kaparó érzés, fájdalom, szárazság, nyák felhalmozódása?

Egyéb:

Mióta vannak panaszai, hogyan kezdődtek (hirtelen, fokozatosan)? Időbeli lefolyás:

Tünetek napi lefolyása: _____

Feltehető ok: _____

Függ a hangminőség a körülményektől (beszélőpartner, hely, helyzet)?

nem igen _____

Korábbi hangpanaszok? nem igen _____

Hang jellege a jelenlegi panaszok előtt:

Minőség: nagyon jó jó közepes rossz

Terhelhetőség: nagyon jó jó közepes gyenge

Gyermekkorban: hangos gyermek halk hang rekedtség jó hang

Mutáció/hangváltás: _____ éves korban emlékezetes nem észrevett

Eddigi kezelések

Orvosi kezelés:

Ki? Mikor? Hogy? gyógyszeres, inhaláció, műtét, egyéb...

Logopédiai terápia:

Ki? Hol? Meddig? (terápiai egységek száma)

Hangképzési zavarok kihatása

Hivatásban/privát: _____

Pszichés kihatás: nem igen

Hangterhelés

hivatásban: nem igen _____ óra/nap – hetente/havonta

szabadidőben: nem igen _____

éneklés: nem igen (hol, hangfaj) _____

sport: nem igen (mit) _____

Családi anamnézis

Hangpanasz: nem igen: _____

Halláscsökkenés: nem igen _____

Egyéb: _____

Általános állapot: kiváló, terhelhető, kevésbé terhelhető, gyakran beteg

menstruáció/utolsó _____ terhesség: _____

Klimaktérium: _____ óta

Pszichés állapot: idegesség, stressz (lelki terhelés alatti), depresszió (jelenleg, gyakran, időnként, nincs)

terápiák: _____

Szociális helyzet: egyedül él, elvált, házas, gyermekek _____

Betegségek:

Mozgásszervi betegségek: _____

Izomfeszülés, hibás tartás, fájdalom: nem igen _____

Terápia: _____

Fül-orr-gégészeti megbetegedések (hangpanaszokon kívül)

Mikor? Mióta? (jelenlegi) _____

Légúti fertőzés, szájlégzés, melléküreg-gyulladás, asthma, allergia, sérülések, gégebetegség, halláscsökkenés, egyéb... _____

Terápia: _____

Belgyógyászati betegségek

Mikor? Mióta? (jelenlegi) _____

Gyomor-,bélpanaszok, savtúltengés, keringési zavarok, egyéb: _____

Terápia: _____

Neurológiai betegségek

Mikor? Mióta? (jelenlegi) _____

Terápia: _____

Hormonális betegségek

Mikor? Mióta? (jelenlegi) _____

hipofízis, pajzsmirigy, egyéb: _____

Terápia: _____

Allergia, egyéb betegségek, műtétek: _____

Szokások, táplálkozás

Dohányzás: nem, igen, _____ óta _____ -ig napi mennyiség: _____ db

Alkohol: nem, igen _____ napi mennyiség

Édesség: _____ napi mennyiség

Zsíros ételek: nem, igen forró étel/ital: nem, igen

Folyadékfogyasztás: kávé ___ tea ___ szörpök ___ víz ___ egyéb _____ pohár/liter/nap

Szaunázás: nem, igen

Munkahelyi körülmények

Gázok, kémiai anyagok, por, száraz levegő belégzése: nem, igen

Egyéb megjegyzések: _____