ZDRAVJE
Zdravstveni zavod

MCL

OSEBNI PODATKI

Ime in priimek: _____
Datum rojstva: _____
Spol: _____
Naslov: _____
Telefonska številka: _____
Elektronski naslov: _____

ZDRAVSTVENI PODATKI

Trenutno zdravstveno stanje:

Ali imate kakšne kronične bolezni? (npr. sladkorna bolezen, visok krvni tlak, bolezni srca, pljuč, ledvic, jeter, nevrološke bolezni, avtoimunske bolezni) Če da, katere?

_____

Ali imate kakšne akutne težave? (npr. bolečine, vnetja, okužbe) Če da, katere?

_____

Ali ste alergični na kakšna zdravila ali druge snovi? Če da, na katere?

_____

Zdravila:

Ali jemljete kakšna zdravila na recept ali brez recepta? Če da, katera in v kakšnih odmerkih?

_____

Ali jemljete kakšna prehranska dopolnila? Če da, katera in v kakšnih odmerkih?

_____

Pretekle izkušnje s kanabinoidi:

Ali ste že kdaj uporabljali kanabinoide? Če da, katere (npr. CBD, THC), v kakšni obliki (npr. olje, kapsule, cvet) in v kakšnih odmerkih?

_____

Kakšne učinke ste opazili?

_____

Ali ste imeli kakšne neželene učinke?

_____

Kardiovaskularno zdravje: *Izpolnite v primeru kardiovaskularnih težav*

Ali imate visok krvni tlak?

_____

Ali imate visok holesterol?

_____

Ali imate sladkorno bolezen?

_____

Ali kadite? Če da koliko cigaret na dan?

_____

Ali ste fizično aktivni? Če da, kako pogosto in kako intenzivno?

_____

Ali imate v družini zgodovino kardiovaskularnih bolezni (npr. srčni infarkt, možganska kap)?

_____

Dodatna vprašanja?

_____

_____

SOGLASJE

S podpisom tega vprašalnika potrjujem, da so vsi navedeni podatki resnični in popolni ter da soglašam z obdelavo mojih osebnih podatkov v skladu z veljavno zakonodajo.

DATUM: _____

PODPIS: _____