

FDI UPITNIK O ZDRAVLJU

Pacijent mora osobno popuniti ovaj obrazac zaokružujući DA ili NE. Ukoliko nešto nije razumljivo, molimo vas da pitate za pojašnjenje. Uneseni podaci su povjerljivi i biti će iskorišteni isključivo za medicinske potrebe.

Obrazac je popunjen dana (datum)

Spol: Ž M

Ime i prezime

OIB

Adresa

Datum rođenja

Zanimanje i gdje radite

Telefon

Mobitel

E-mail

Kako ste saznali za Gentle Touch
(web, preporuka, tko je preporučio i sl)

Glavni razlog dolaska

Ime, adresa i telefon najbližeg srodnika

MOLIMO ODGOVORITE NA SVA PITANJA:

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Bolujete li od neke bolesti? | NE | DA |
| Ako da, od koje? | | |
| 2. Jeste li bili liječeni u zadnje dvije godine? | NE | DA |
| Ako da, od čega? | | |
| 3. Puno ime i telefon izabranog liječnika | NE | DA |
| 4. Jeste li bili u bolnici u posljednje dvije godine? | NE | DA |
| 5. Koje lijekove trenutačno uzimate – povremeno ili konstantno? | | |
| 6. Jeste li osobno ili je neki član Vaše bliže obitelji imao problema s lokalnom ili općom anestezijom? | NE | DA |
| 7. Jeste li alergični na neki lijek ili na nešto drugo? | NE | DA |
| 8. Jeste li imali problema sa zgrušavanjem krvi? | NE | DA |
| 9. Jeste li ikad bili zračeni u području glave i vrata? | NE | DA |
| 10. Imate li neku zaraznu bolest? | NE | DA |
| 11. Pušite li? | NE | DA |
| Ako da, koliko? | | |
| 12. Jeste li HIV pozitivni? | NE | DA |
| 13. Jeste li ovisni o opojnim drogama? | NE | DA |
| Ako da, koju opojnu drogu koristite? | | |

ZA ŽENE

- | | | |
|---|----|----|
| 14. Jeste li trudni? | NE | DA |
| Ako jeste, kad je predviđeni datum rođenja? | | |

OZNAČITE BOLESTI (STANJA) KOJE IMATE ILI STE IMALI:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oštećenje srčanih zalisaka | <input type="checkbox"/> Endokarditis | <input type="checkbox"/> Epilepsija | <input type="checkbox"/> Alergijska bolest |
| <input type="checkbox"/> Urođene srčane mane | <input type="checkbox"/> Kronični kašalj | <input type="checkbox"/> Povećane žlijezde | <input type="checkbox"/> Virusni hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Bronhiektazije | <input type="checkbox"/> Tuberkuloza (TBC) | <input type="checkbox"/> Čir u probavnom sustavu | <input type="checkbox"/> Astma |
| <input type="checkbox"/> Bolest štitnjače | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Visoki krvni tlak | <input type="checkbox"/> Leukemija |
| <input type="checkbox"/> Šećerna bolest | <input type="checkbox"/> Umjetni srčani zalistak | <input type="checkbox"/> Anemiju | <input type="checkbox"/> Oralna kandidijaza |
| <input type="checkbox"/> Upala sinusa | <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Povećan očni tlak, glaukom | <input type="checkbox"/> Žutica |
| <input type="checkbox"/> Maligne bolesti (rak) | <input type="checkbox"/> Psihijatrijsko liječenje | <input type="checkbox"/> Spolne bolesti | <input type="checkbox"/> Kronični sekret iz pluća |

Molimo da navedete sve druge bolesti i/ili stanja koja nisu navedena:

POTPIS PACIJENTA

PROVJERIO LIJEČNIK