UPITNIK O ZDRAVLJU PO PREPORUCI FDI 1998.

IME I PREZIME:_____

DATUM ROĐENJA:_____ SPOL: Ž M

ZANIMANJE:_____

ADRESA:_____

TELEFON I E- MAIL:_____

1. Kako ste čuli za našu ordinaciju? _____

Molimo Vas odgovorite na sva dolje navedena pitanja!

2. Bolujete li od neke bolesti? NE DA

3. Ako da, od koje?_____

4. Da li Vas je u posljednje dvije godine liječio doktor medicine? NE DA

5. Ako jest, od koje bolesti?_____

6. Ime i prezime vašeg doktora medicine:_____

Tel.:_____ Adresa:_____

7. Jeste li se u posljednje dvije godine liječili u bolnici? NE DA

8. Koje lijekove uzimate – ponekad ili stalno?_____

9. Jeste li Vi ili netko u Vašoj obitelji imali komplikacije pri lokalnoj ili općoj anesteziji? NE DA

10. Jeste li alergični na neki lijek ili na nešto drugo?_____

11. Je li kod Vas ikad primjećen poremećaj zgrušavanja krvi? NE DA

12. Jesu li Vas ikad liječili zračenjem glave i vrata? NE DA

13. Imate li neku infektivnu bolest? NE DA

14. Za žene, jeste li trudni? NE DA

15. Jeste li alergični na metale? NE DA

16. Ako jeste, na koje_____

(nikal, kobalt, zlato, platina, srebro ili……)

17. Zaokružite bolesti (stanja) što ste ih imali ili imate:

-mane srčanih zaliska	-endokarditis	-epilepsija (padavica)	-alergične teškoće
-urođene srčane mane	-stalni kašalj	-povećane žlijezde	-virusni hepatitis
-bronhiektazije	-TBC	-gastrointestinalni ulkus	-astma
-bolesti štitnjače	-artritis	-visoki krvni tlak	-leukemija
-dijabetes(šećerna b.)	-umjetni srčani zalisak	-anemija	-usna kandidijaza
-sinusitis	-srčani pacemacker	-glaukom	-žutica
-malignom	-spolna bolest	-psihijatrijsko liječenje	-plućni ispljuvak

Molimo napišite naziv bolesti koju imate, a nije napisana :_____