

Ime
Prezime
Dan rođenja

Pitanja za pacijenta

Odgovor na slijedeća pitanja je od velike važnosti za vaše liječenje. Ako imate neki još pitanja, obratite se zubaru koji vas je primio.

✍ Molim vas zabilježite odgovarajuće:

Da Ne

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Da li se radi o povredi na poslu ili školi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Da li su u toku ove godine bile promjene vašeg zdravlja ili ste bitno izgubili na težini? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Da li ste u zadnje vrijeme na liječenju?
Ko je vaš kućni ljekar? Ko je vaš zubar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Uzimate li redovito lijekove?
Ako uzimate, molimo vas na poledini ovog formulara navedite o kojim lijekovima se radi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Jeste li alergični (ili preosjetljivi)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Imate li neku srčanu bolest ; srčanu manju ili probleme sa srcem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Imate li visoki krvni pritisak? (Znate li vaš pritisak? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Da li nosite pejs-meker (Herzschrittmacher)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Dali ste imali ili imate bolesti puteva za disanje ili plućna oboljenja (Astma, Tuberkuloza)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Dali imate šećernu bolest (Diabetes)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Imate li problema sa sgrušavanjem krvi ili produženo krvarenje nakon povrede? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Imate li/ili ste imali oboljenje štitne žlijezde? preaktivna <input type="checkbox"/> smanjena aktivnosti <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Imate li/ili ste imali bolesne bubrege? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Imate li/ili ste imali bolesnu jetru (Žutica, Hepatitis A, - B, - C)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Dali ste se nekada onesvijestili ili imali napad padavice (Epilepsija)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Imate li mrenu oka (Glaukom)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Da li ste kada bolovali od reumatske groznice? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Morate li uzimati Antibiotikum prije zubnojlečničkog zahvata? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Da li momentalno bolujete od akutne infekciozne bolesti? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Da li ste uradili do sada HIV-test (AIDS,SIDA)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Da li bolujete od neke ovdje ne spomenute bolesti? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Za pacijentkinje: Da li ste trudna; ili postoji mogućnost trudnoće? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Zašto dolazite: - za savjet; informaciju | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - kao hitni slučaj; bolovi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - radi kompletnog liječenja zubi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - upućeni ste od nekog drugog liječnika; kojeg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Da li ste u prošloj godini bili kod zubara? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vlastite primjedbe/Dopune/Želje:

Datum

Potpis

überprüft/aktualisiert:

Datum:

Behandler: