



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 Ordinaciju
(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:

Oštećenje srčanih zalisaka Endokarditis Epilepsija Alergijska bolest

Urođene srčane mane Kronični kašalj Povećane žlijezde Virusni hepatitis

Bronhiektazije Tuberkuloza (TBC) Čir u probavnom sustavu Astma

Bolest štitnjače Artritis Visoki krvni tlak Leukemija

Šećerna bolest Umjetni srčani zalistak Anemiju Oralna kandidijaza

Upala sinusa Pacemaker Povećan očni tlak Žutica

Maligne bolesti (rak) Psihijatrijsko liječenje Spolne bolesti Kronični sekret iz pluća

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

POTPIS PACIJENTA

PROVJERIO LIJEČNIK