

Poštovana pacijentice! Poštovani pacijentu!

U Vašem interesu, molimo Vas da prije tretmana savjesno ispunite sljedeća pitanja kako bismo se mogli posvetiti Vašim individualnim potrebama. Ako trebate pomoć pri ispunjavanju obrasca ili imate pitanja, naše Vam je osoblje, naravno, na raspolaganju!

Na svaki termin potrebno je donijeti aktualni i potpuni popis lijekova!

### Osobni podatci:

Ime: .....	Osiguranik: .....
Adresa: .....	Zdravstveno osiguranje / samostalno plaćanje: .....
.....	Broj socijalnog osiguranja: .....
Telefon: .....	Datum rođenja: .....
E-adresa: .....	Dopunsko stomatološko osiguranje: .....
Obiteljski liječnik: .....	Kako ste saznali za nas?:
.....	.....

### Zdravstveni upitnik:

- 1) Uzimate li lijekove? **DA**  **NE**   
**Ako da, koje?**  
 .....
- 2) Primete li redovito injekcije? **DA**  **NE**   
**Ako da, koje?**  
 .....
- 3) Imate li alergiju / netoleranciju na lijekove? **DA**  **NE**   
**Ako da, na što ste alergični/ koje lijekove ne podnosite?**  
 .....
- 4) Imate li ili ste imali neku od sljedećih zaraznih bolesti?  
 (Hepatitis A, B, C, tuberkuloza, HIV/AIDS ili druge bolesti) **DA**  **NE**   
**Ako da, koje?**  
 .....
- 5) Imate li ili ste imali dijabetes melitus/  
 šećernu bolest? **DA**  **NE**
- 6) Jeste li ili bi mogli biti  
 trudni? **DA**  **NE**
- 7) Imate li ili ste imali osteoporozu? **DA**  **NE**
- 8) Dojite li trenutno? **DA**  **NE**
- 9) Imate li ili ste imali epilepsiju? **DA**  **NE**
- 10) Imate li urođenu sklonost krvarenju (često modrice i/  
 ili krvarenja iz nosa) ili uzimate lijekove za razrjeđivanje krvi? **DA**  **NE**   
**Ako da, koje?**  
 .....

**Molimo okrenite!**

11) Imate li ili ste imali respiratornu bolest? (npr. astma, KOBP) Ako da, na što ste alergični / koje lijekove ne podnosite? DA  NE

12) Pušite li? Ako da, koliko cigareta dnevno..... DA  NE

13) Imate li kardiovaskularnu bolest? (npr. zamjena zalistaka, visoki krvni tlak, aritmija, srčani udar, angina pektoris, zastoj srca, sklonost nesvjestici) Ako da, koje? DA  NE

14) Nosite li srčani stimulator? Ako da, koje? DA  NE

15) Imate li bolest očiju (npr. glaukom, zelena mrena)? Ako da, koje? DA  NE

16) Imate li bolest štitnjače? Ako da, koje? DA  NE

17) Imate li bolest bubrega? Ako da, koje? DA  NE

18) Imate li bolest probavnih organa? Ako da, koje? DA  NE

19) Imate li / jeste li imali tumor/kemoterapiju ili zračenje? Ako da, koje? DA  NE

20) Jeste li nedavno imali operaciju? Ako da, koje? DA  NE

21) Imate li autoimunu bo–lest? Ako da, koje? DA  NE

22) Jeste li u prošloj godini imali moždani udar? DA  NE

### 23) Zašto nas danas posjećujete?

- Bolovi/otekline, krvarenje     Kontrola     Problemi s implantatom/protezom  
 desni, ostalo:.....     Lo m zuba ili plombe     Savjet / drugo mišljenje

24) Kada je bio zadnji stomatološki pregled? .....

25) Pojavljuje li se krvarenje desni? (npr. tijekom pranja zubi) DA  NE

Razumijem da moram odmah obavijestiti o svim promjenama svojih osobnih ili medicinskih podataka što je prije moguće. Samo tako možemo jamčiti najbolji mogući tretman i njegu! Ako ne možete doći na dogovoreni termin, ljubazno Vas molimo da nam to javite najmanje 24 sata unaprijed!

Mjesto/datum:

potpis pacijenta/pacijentice, zakonskog skrbnika/skrbnice: