

Poštovane pacijentkinje! Poštovani pacijenti!

Molimo vas da savesno odgovorite na sledeća pitanja pre pristupanja lečenju kako bismo lečenje prilagodili vašim ličnim potrebama. Ako vam je potrebna pomoć pri popunjavanju upitnika ili imate pitanja, na raspolaganju vam je naše ljubazno osoblje!

U svakom zakazanom terminu sa sobom ponesite potpun spisak lekova koje trenutno uzimate!

Lični podaci:

Ime i prezime:

Osiguranik:

Adresa:

Osiguranje/ samostalno snosim troškove lečenja:

.....

Broj socijalnog osiguranja:

Telefon:

Datum rođenja:

E-pošta:

Dodatno zubno osiguranje:

Kućni lekar:

Kako ste saznali za nas?:

.....

.....

Upitnik o zdravstvenom stanju:

1) Uzimate li lekove?

DA

NE

Ako je odgovor potvrđan, koje?

.....

2) Primete li redovno injekcije?

DA

NE

Ako je odgovor potvrđan, koje?

.....

3) Patite li od alergija/ nepodnošljivosti lekova?

DA

NE

Ako je odgovor potvrđan, od kojih?

.....

4) Bolujete li ili ste bolovali od neke od sledećih zaraznih bolesti?

(hepatitis A, B, C, tuberkuloza, HIV/AIDS i druge)

DA

NE

Ako je odgovor potvrđan, od kojih?

.....

5) Bolujete li ili ste bolovali od dijabetesa/ šećerne bolesti?

DA

NE

6) Jeste li ili možete li biti trudni?

DA

NE

7) Bolujete li ili ste bolovali od osteoporoze?

DA

NE

8) Dojite li trenutno?

DA

NE

9) Bolujete li ili ste bolovali od epilepsije?

DA

NE

10) Imate li urođenu sklonost ka krvarenju

(česti podlivi odn. krvarenje iz nosa) ili uzimate lekove za razređivanje krvi?

DA

NE

Ako je odgovor potvrđan, koje?

..... **Okrenite stranu!**

11) Bolujete li ili ste bolovali od neke bolesti disajnih puteva (npr. astma, HOBP)?

DA

NE

Ako je odgovor potvrđan, od kojih?

.....

12) Jeste li pušač? DA NE

Ako jeste, koju količinu dnevno pušite

13) Imate li neku kardiovaskularnu bolest (npr. zamenjen zalistak, visok krvni pritisak, poremećaj srčanog ritma, infarkt, angina pectoris, srčana slabost, sklonost ka nesvesnicama)?

DA

NE

Ako je odgovor potvrđan, koje?

.....

14) Imate li ugrađen elektrostimulator srca? DA NE

15) Imate li neku očnu bolest (npr. glaukom, zelena mrežnica)? DA NE

Ako je odgovor potvrđan, koje?

.....

16) Imate li neku bolest štitaste žlezde? DA NE

Ako je odgovor potvrđan, koje?

.....

17) Imate li neku bolest bubrega? DA NE

Ako je odgovor potvrđan, koje?

.....

18) Imate li neku bolest organa za varenje? DA NE

Ako je odgovor potvrđan, koje?

.....

19) Imate li ili ste imali neku malignu bolest/hemoterapiju ili radioterapiju? DA NE

Ako je odgovor potvrđan, koje?

.....

20) Jeste li nedavno imali operaciju? DA NE

Ako je odgovor potvrđan, koje?

.....

21) Patite li od neke autoimune bolesti? DA NE

Ako je odgovor potvrđan, koje?

.....

22) Patite li od pada imuniteta? DA NE

23) Patite li od neke bolesti nervnog sistema ili duševne bolesti? DA NE

Ako je odgovor potvrđan, koje?

.....

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

25) Zašto ste nam se danas obratili?

- Bolovi/otok Krvarenje desni Kontrola Problemi sa zubnom protezom
 Ostalo:..... Lom zuba ili plombe avet/ drugo mišljenje

26) Kada ste poslednji put bili na kontroli kod zubara?

27) Javlja li se krvarenje desni kod vas (npr. pri pranju zuba)? DA NE

Primam na znanje da sam dužan/dužna da svaku promenu ličnih ili medicinskih podataka blagovremeno prijavim. Samo vam na taj način možemo pružiti najbolju moguću negu i lečenje! Ako ste sprečeni da dođete u zakazani termin, ljubazno vas molimo da nam to javite najmanje 24 sata unapred!

Mjesto/datum:

potpis pacijenta/pacijentice, zakonskog skrbnika/skrbnice: