

FDI UPITNIK O ZDRAVLJU Pacijent osobno popunjava obrazac. Dodatna pojašnjenja i informacije dostupne na upit.		Uneseni osobni podaci su povjerljivi i zaštićeni, pacijentov identitet neće biti dostupan javnosti u bilo kojem obliku. Potpisom dajem suglasnost da se svi podaci i popratni materijali (fotografije, RTG snimke, 3D skenovi i sl.) mogu se obrađivati i koristiti u medicinsko-znanstvene, stručne ili obrazovne svrhe.	
Obrazac je popunjen na dan (datum)		Spol ☐ Ž ☐ M	
Prezime i ime	Datum rođenja	OIB	
Adresa i mjesto stanovanja		Zanimanje i gdje radite	
Mobitel		E-mail	
Kako ste saznali za dr. Vidaković? ☐ preporuka ☐ web ☐ društvene mreže ☐ ostalo			
Glavni razlog dolaska			
Ime, adresa i telefon osobe za kontakt u hitnom slučaju			
MOLIMO ODGOVORITE NA SVA PITANJA			
Dajem pristanak da mi se medicinska i ostala dokumentacija šalje elektronskom poštom.		☐ DA	☐ NE
Dajem pristanak da me se kontaktira na telefonske brojeve i e-mail adresu koje sam osobno dao/dala.		☐ DA	☐ NE
Želim primati informacije o novim uslugama i posebnim ponudama.		☐ DA	☐ NE
Bolujete li od neke bolesti?		☐ DA	☐ NE
Ako da, od koje?			
Jeste li bili liječeni u zadnje dvije godine?		☐ DA	☐ NE
Ako da, od čega?			
Puno ime i telefon izabranog liječnika opće prakse			
Jeste li bili u bolnici u posljednje dvije godine?		☐ DA	☐ NE
Koje lijekove trenutno uzimate? ☐ povremeno ☐ stalno		☐ DA	☐ NE
Jeste li osobno ili je neki član Vaše bliže obitelji imao/imali problema s lokalnom ili općom anestezijom?		☐ DA	☐ NE
Jeste li alergični na neki lijek ili nešto drugo?		☐ DA	☐ NE
Jeste li imali problema sa zgrušavanjem krvi?		☐ DA	☐ NE
Jeste li ikada bili zračeni u području glave i vrata (ne podrazumijeva se RTG snimanje)?		☐ DA	☐ NE
Imate li neku zaraznu bolest?		☐ DA	☐ NE
Jeste li ikada primili transfuziju krvi?		☐ DA	☐ NE
Ako da, navedite tip transfuzije i datum			
Pušite li? Ako da, koliko?		☐ DA	☐ NE
Jeste li HIV pozitivni?		☐ DA	☐ NE
Jeste li ovisni o opojnim drogama? Ako da, koju opojnu drogu koristite?		☐ DA	☐ NE
ZA ŽENE		☐ DA	☐ NE
Jeste li trudni?		☐ DA	☐ NE
Ako jeste, kada je predviđeni datum poroda?			
OZNAČITE BOLESTI (STANJA) KOJE IMATE ILI STE IMALI			
☐ Oštećenje srčanih zalistaka	☐ 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	☐ Anemija	☐ Oralna kandidijaza
☐ Upala sinusa	☐ Pacemaker	☐ Povećani očni tlak (glaukom)	☐ Žutica
☐ Maligne bolesti (rak)	☐ Psihijatrijsko liječenje	☐ Spolne bolesti	☐ Kronični sekret iz pluća
Molim navedite sve druge bolesti i/ili stanja koja nisu navedena			
Potpis pacijenta Ako upitnik ispunjava druga osoba, molimo navedite ime, prezime i srodstvo		Provjerio liječnik	