

## Anamneza – povijest bolesti

Vaše zdravstveno stanje može utjecati na stomatološki zahvat. Zbog toga vas molimo da ispunite slijedeći upitnik. Vaši podaci bit će strogo i povjerljivo obrađivani te podliježu kodeksu liječničke tajne.

<b>Pacientica / Pacient</b>	<input type="radio"/> Gospođa	<input type="radio"/> Gospodin	E-Mail	_____
Prezime	_____		Tel. privatno	_____
Ime	_____		Tel. posao	_____
Ulica, broj	_____		Mobilni-Tel.	_____
Poštanski broj/mjesto	_____		Nacionalnost	_____
Datum rođenja	_____		Zanimanje	_____

<b>Osiguranje</b>	<input type="radio"/> Zdravstveno osiguranje:	<input type="radio"/> Zubno dopunsko osiguranje	<input type="radio"/> Osiguranje od nezgode:
Broj: _____	_____	_____	_____

<b>Dali primate pomoć</b>	<input type="radio"/> Ergänzungsleistung (dodatke na primanje)	<input type="radio"/> Sozialhilfe (socijalnu pomoć)	<input type="radio"/> Ne primate nikakvu pomoć?
---------------------------	--	---	---

### Zakonski zastupnik/zastupnica

	<input type="radio"/> Gospođa	<input type="radio"/> Gospodin		
Prezime, Ime	_____		Tel. privatno	_____
Ulica, broj	_____		Tel. posao	_____
Poštanski broj/mjesto	_____		Mobilni-Tel.	_____

### Obiteljski liječnik Vaš trenutni liječnik Pedijatar

	<input type="radio"/> Gospođa	<input type="radio"/> Gospodin	Poštanski broj/mjesto	_____
Prezime, Ime	_____		Tel. posao	_____
Ulica, broj	_____		Mobilni-Tel.	_____

### Privatni stomatolog

	<input type="radio"/> Gospođa	<input type="radio"/> Gospodin	Poštanski broj/mjesto	_____
Prezime, Ime	_____		Tel. posao	_____
Ulica, broj	_____		Mobilni-Tel.	_____

**Razlog posjeta liječnika:** \_\_\_\_\_

Uputnica izdata od liječnika/ce ili stomatologa?	Prezime, Ime	_____
	Ulica, broj	_____
	Poštanski broj/mjesto	_____

## Pitanje o zdravstvenom stanju

01. Jeste li sada ili u posljednje vrijeme bili na liječenju?  Da  Ne  
Aka da, radi kojih **bolesti**? \_\_\_\_\_

02. Jeste li već bili **operirani**? Ako da, koje operacije? \_\_\_\_\_  Da  Ne

03. Imate li ili ste imali **hepatitis** (Žuticu, upalu jetre)?  Da  Ne

04. Uzimate li trenutno redovito **lijekove**? Ako da, koje? \_\_\_\_\_  Da  Ne

Uzimate li Bosfosfonato (na primjer zbog osteoporoze)?  Da  Ne

05. Patite li od **bolesti srca ili krvotoka**? Ako da molimo označiti.  Da  Ne

Previsoki/preniski krvni pritisak

Srčani infarkt

Greške na srčanim zaliscima, umjetni srčani zalisci

Koliki:

Angina pectoris

Moždani udar

Upala unutarnje srčane stijenke (Endokarditis)

06. Jeste li HIV pozitivni?  Da  Ne

07. Patite li od bolesti krvi? Ako da molimo označiti.  Da  Ne

Hemofilija

Slabokrvnost (Anemija)

Uzimate li lijekove za razrijeđivanje krvi?  Da  Ne

08. Patite li od poremećaja metabolizma? Ako da molimo označiti.  Da  Ne

Bolesti štitnjače

Diabetes (šećerna bolest)

Ostale: \_\_\_\_\_

09. Patite li od alergija? Ako da molimo označiti.  Da  Ne

Alergija na pelud

Astma

Ostale: \_\_\_\_\_

Reagirate li preosjetljivo na:

Injekcije?

Lijekove?

Tečnost za ispiranje usta?

Hrana?

10. Dali ste ikada imali:

Upala sinusa?

Kemoterapije? Zašto? \_\_\_\_\_

Reuma, natekle zglobove?

Zračenje? Gdje? \_\_\_\_\_

Probavne poremećaje?

Neku drugu ozbiljnu bolest? \_\_\_\_\_

Hormonalne poremećaje?

Tuberkulozu?

Ako da, koju? \_\_\_\_\_

Bolesti organa (plućno krilo, jetra, bubrezi)? \_\_\_\_\_

11. Jeste li trudni?  Da  Ne

Koji tjedan? \_\_\_\_\_

12. Imate li proteze na zglobovima, pejsmejker ili druge implantate?  Da  Ne

Koje? \_\_\_\_\_

13. Pušite li ili ste pušili?  Da  Ne

Sta? \_\_\_\_\_

Koliko? \_\_\_\_\_

14. Patite od lošeg zadaha?  Da  Ne

15. Imate li zaštitu za zube koju nosite redovito za vrijeme bavljenja sportom?  Da  Ne

Dali ste nedavno imali nesreću sa zubima?  Da  Ne

**Ja primam** na znanje da se podaci i nalazi iz moje povijesti bolesti uključujući rendgenske snimke i slike, njihove kopije ili ispise u svrhu nužnih pojašnjenja ili informacija mogu razmijeniti sa mojom liječnicom / mojim liječnikom kao i sa ostalim ustanovama koje podliježu kodeksu liječničke tajne, kao na primjer osiguranje ili slične. Slažem se da potrebni podaci mogu biti prosljeđeni računovodstvu, knjigovodstvu ili inkaso instituciji.

Datum: \_\_\_\_\_

Potpis: \_\_\_\_\_

**Slažem se** da u slučaju potrebe dobijem lokalnu anesteziju. **Informiran sam** da u tom slučaju u doljnoj vilici i jeziku u jako rijetkim slučajevima može doći do iritacija (trajni osjećaj, umrtljenosti ili bockanja) koji u pravilu uvijek nestanu. Primam na znanje da nakon zubarsko-operativnih zahvata izvedenih pod lokalnom anestezijom, aktivno sudjelovanje u cestovnom prometu nosi sa sobom povećani riziko od nesreće u trajanju od nekoliko sati poslje zahvata.

Datum: \_\_\_\_\_

Potpis: \_\_\_\_\_

**Suglasan sam** da svi o meni prikupljeni podaci, uzroci tkiva i uklonjeni zubi uz strogo poštovanje tajnosti i u anonimnoj formi mogu biti korišteni u znanstvene potrebe u medicinskim iztraživanjima. Podaci se također mogu dati na uvid nadležnim tijelima i etičkoj komisiji u svrhu ispitivanja i kontrole uz pridržavanja strogih pravila povjerljivosti. U tom pogledu su dotični stomatolozi oslobođeni od čuvanja tajnosti podataka o pacijentu. Ja svoju izjavu i pristanak mogu opozvati u svakom trenutku bez da prema meni nastanu bilo kakve posljedice ili nedostaci.

Datum: \_\_\_\_\_

Potpis: \_\_\_\_\_