

## Anamneza

Vaše zdravstveno stanje može da utiče na stomatološki tretman. Zbog toga Vas molimo da popunite ovaj formular. Vaši lični podaci biće strogo poverljivi i podležu lekarskoj tajni.

<b>Pacijentkinja / pacijent</b>	<input type="radio"/> Gospođa	<input type="radio"/> Gospodin	E-mail adresa	_____
Prezime	_____		Privatni broj telefona	_____
Ime	_____		Poslovni broj telefona	_____
Ulica, broj	_____		Mobilni broj telefona	_____
Poštanski broj/mesto	_____		Nacionalnost	_____
Datum rođenja	_____		Zanimanje	_____

<b>Osiguranje</b>	<input type="radio"/> Zdravstveno:	<input type="radio"/> Dodatno za zube	<input type="radio"/> Za nezgode (Unfall):
Broj: _____	_____	_____	_____

<b>Dobijate li pomoć od</b>	<input type="radio"/> Ergänzungsleistung (dodatke na primarnje)	<input type="radio"/> Sozialhilfe (socijalnu pomoć)	<input type="radio"/> Ne dobijate nikakvu pomoć?
-----------------------------	--	--	--

### Zakonski zastupnik / zastupnica

	<input type="radio"/> Gospođa	<input type="radio"/> Gospodin		
Prezime, ime	_____		Privatni broj telefona	_____
Ulica, broj	_____		Poslovni broj telefona	_____
Poštanski broj/mesto	_____		Mobilni broj telefona	_____

### Kućni doktor / doktorka Izabrani doktor / doktorka Dečiji doktor / doktorka

	<input type="radio"/> Gospođa	<input type="radio"/> Gospodin		
Prezime, ime	_____		Poštanski broj/mesto	_____
Ulica, broj	_____		Poslovni broj telefona	_____
			Mobilni broj telefona	_____

### Kućni zubar / zubarka

	<input type="radio"/> Gospođa	<input type="radio"/> Gospodin		
Prezime, ime	_____		Poštanski broj/mesto	_____
Ulica, broj	_____		Poslovni broj telefona	_____
			Mobilni broj telefona	_____

**Razlog vaše posete klinici:** \_\_\_\_\_

Koji doktor/doktorka ili zubar/zubarka je Vas uputio/uputila?	Prezime, ime _____	Ulica, broj _____	Poštanski broj/mesto _____
---	--------------------	-------------------	----------------------------

## Pitanja o zdravstvenom stanju

01. Jeste li trenutno ili u poslednje vreme bili na lečenju? Ako da zbog kojih <b>bolesti</b> ?	_____	<input type="radio"/> Da	<input type="radio"/> Ne
02. Da li ste nekad bili <b>operisani</b> ? Ako da, šta ste operisali?	_____	<input type="radio"/> Da	<input type="radio"/> Ne
03. Da li ste imali ili imate <b>hepatitis</b> (žuticu, upalu jetre)?		<input type="radio"/> Da	<input type="radio"/> Ne
04. Da li uzimate redovno <b>lekove</b> ? Ako da, koje?	_____	<input type="radio"/> Da	<input type="radio"/> Ne
	_____		
	_____		
Da li uzimate bisfosfonate (na primer zbog osteoporoze)?		<input type="radio"/> Da	<input type="radio"/> Ne
05. Da li imate obolenje <b>srca</b> i <b>krvnih sudova</b> ? Ako da, molimo Vas prekržite.		<input type="radio"/> Da	<input type="radio"/> Ne

- Visok/nizak pritisak
- Srčani infarkt       Angina pektoris
- Greška na srčanom zalisku, veštački srčani zalistak       Moždani udar
- Greška na srčanom zalisku, veštački srčani zalistak       Zapaljenje srčanih zalistaka (endokarditis)

06. Da li ste **HIV-pozitivni**?  Da  Ne
07. Da li bolujete od nekih **hematoloških bolesti**? Ako da, molimo Vas prekržite.  
 Hemofilija       Anemija  
 Da li uzimate **lekove za razređivanje krvi**?  Da  Ne
08. Da li imate **obolenje metabolizma**? Ako da, molimo Vas prekržite.  
 Obolenje štitnih žlezda       Diabetes (šećerna bolest)  
 Druge: \_\_\_\_\_
09. Da li imate **alergije**? Ako da, molimo Vas prekržite.  Da  Ne  
 Alergija na polen       Astma       Ostale: \_\_\_\_\_  
 Da li reagujete osetljivo na:  
 Inekcije?       Lekove?  
 Sredstva za ispiranje usta?       Namernice?
10. Da li ste ikad imali:  
 Upalu sinusa?       Hemoterapiju? Zbog čega? \_\_\_\_\_  
 Reumu, natekle zglobove?      \_\_\_\_\_  
 Probleme sa varenjem?       Zračenje? Gde? \_\_\_\_\_  
 Hormonalne smetnje?       Neko drugo ozbiljno obolenje?  
 Tuberkulozu?      Ako da, koje? \_\_\_\_\_  
 Obolenje organa (pluća, jetre, bubrega, itd.)? \_\_\_\_\_
11. Da li ste trenutno **trudni**?      Koja nedelja? \_\_\_\_\_  Da  Ne
12. Nosite li **veštačke zglobove, pejsmejker ili neke druge implantate**?  Da  Ne  
 Koje? \_\_\_\_\_
13. Da li pušite ili ste ranije pušili?  Da  Ne  
 Šta? \_\_\_\_\_      Koliko? \_\_\_\_\_
14. Da li patite od **zadaha iz usta**?  Da  Ne
15. Posedujete li **zaštitu za zube**, koju nosite redovno na sportu?  Da  Ne  
 Da li ste imali u zadnje vreme **udes sa zubima**?  Da  Ne

**Informisan/a sam**, da se moja istorija bolesti uključujući i rendgenske snimke, kopije i otiske usled eventualnih pojašnjenja i/ili dodatnih informacija razmene sa mojim doktorima, drugim licima i ustanovama koje podležu zakonu o službenoj tajni. Takođe sam saglasan/saglasna da potrebni podaci mogu da budu prosleđeni na računovodstvo i inkaso institucije.

Datum:

Potpis:

**Slažem se** da dobijem – ukoliko je potrebno – lokalnu anesteziju. **Informisan/informisana sam** da u tom slučaju u donjoj vilici i jeziku u jako retkim slučajevima može da dođe do iritacije (trajni osećaj uspavanosti, trnjenje) koja uobičajeno opet nestane. Primam znanju da nakon stomatološko hirurških tretmana pod lokalnom anestezijom aktivno učestvovanje u saobraćaju u narednih nekoliko časova nosi sa sobom povećani rizik saobraćajne nesreće.

Datum:

Potpis:

**Slažem se** da svi moji lični podaci, uzorci tkiva i odstranjeni zubi u strogom poverenju i u anonimnom obliku mogu da budu korišćeni u naučne svrhe i medicinska istraživanja. U takođe strogom poverenju moje podatke mogu da dobiju na uvid nadležni organi kantonalno etičkog odbora za proveru i u kontrolne svrhe. U tom slučaju su odgovorni stomatolozi oslobođeni lekarske tajne. Ja imam uvek pravo da povučem (pravo veta) ovaj pristanak, bez da mi nastane ikakva šteta.

Datum:

Potpis: