

Ime i prezime pacijenta: _____ Broj zdravstvene kartice (ID No.): _____
Datum rođenja: _____

I. ZAOKRUŽITE ODGOVORA (Ako pitanje ne razumijete – odgovor ne obilježavajte)

- | | | | |
|----|----|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Da | Ne | Da li je vaše zdravstveno stanje uglavnom dobro? |
| 2. | Da | Ne | U posljednjih godinu dana da li je bilo promjena u vašem zdravstvenom stanju? |
| 3. | Da | Ne | U posljednje tri godine da li ste ležali u bolnici ili bili teško bolesni?
Ako je odgovor DA - zašto? _____ |
| 4. | Da | Ne | Da li se trenutno liječite kod nekog ljekara? Zašto? _____
Datum vašeg posljednjeg ljekarskog pregleda? _____ Datum vašeg posljednjeg zubarskog pregleda? _____ |
| 5. | Da | Ne | Da li ste prije imali problema sa liječenjem zuba? |
| 6. | Da | Ne | Da li vas trenutno nešto boli? |

II. DA LI IMATE:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|----------------------------------------------------------|-----|----|----|-------------------------------------|
| 7. | Da | Ne | Bol u prsima (angina)? | 18. | Da | Ne | Vrtoglavice? |
| 8. | Da | Ne | Otečene zglobove na nogama? | 19. | Da | Ne | Zvonjenje u ušima? |
| 9. | Da | Ne | Probleme sa disanjem – nedostatak vazduha? | 20. | Da | Ne | Glavobolje? |
| 10. | Da | Ne | Gubitak težine, visoku temperaturu, noćno znojenje? | 21. | Da | Ne | Padanje u nesvijest? |
| 11. | Da | Ne | Dugotrajan kašalj, iskašljavanje krvi? | 22. | Da | Ne | Pomućen vid? |
| 12. | Da | Ne | Probleme sa krvarenjem, lako dobijete modrice po tijelu? | 23. | Da | Ne | Napade grčenja u kojima se gubite? |
| 13. | Da | Ne | Probleme sa sinusima? | 24. | Da | Ne | Pretjeranu žeđ? |
| 14. | Da | Ne | Probleme sa gutanjem? | 25. | Da | Ne | Često mokrenje? |
| 15. | Da | Ne | Proljevi, zatvor, krv u stolici? | 26. | Da | Ne | Suha usta? |
| 16. | Da | Ne | Često povraćanje i mučnine? | 27. | Da | Ne | Žutilo po koži i u očima? |
| 17. | Da | Ne | Probleme s mokrenjem, krv u mokraći? | 28. | Da | Ne | Bol u zglobovima, ukočenost mišića? |

III. DA LI IMATE SADA I DA LI STE IKADA IMALI:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|----|-------------------------------------------|
| 29. | Da | Ne | Srčana oboljenja? | 40. | Da | Ne | AIDS (SIDA)? |
| 30. | Da | Ne | Srčani udar ili srčane mane? | 41. | Da | Ne | Tumor, rak? |
| 31. | Da | Ne | Šum na srcu? | 42. | Da | Ne | Artritis, reumu? |
| 32. | Da | Ne | Reumatsku groznicu? | 43. | Da | Ne | Bolesti očiju? |
| 33. | Da | Ne | Moždani udar (kap), zakrčenje arterija? | 44. | Da | Ne | Kožne bolesti? |
| 34. | Da | Ne | Visok krvni pritisak? | 45. | Da | Ne | Malokrvnost (anemiju)? |
| 35. | Da | Ne | Astmu, tuberkulozu, emfizem, druge plućne bolesti? | 46. | Da | Ne | Polne bolesti (sifilis ili gonoreju)? |
| 36. | Da | Ne | Žuticu, druge bolesti jetre? | 47. | Da | Ne | Herpes? |
| 37. | Da | Ne | Probleme sa stomakom, čir na želudcu? | 48. | Da | Ne | Bolesti bubrega ili mokraćnog mjehura? |
| 38. | Da | Ne | Alergije na: droge, hranu, lijekove, lateks? | 49. | Da | Ne | Bolesti štitne ili nadbubrežnih žlijezdi? |
| 39. | Da | Ne | Da li je neko u vašoj porodici bolovao od šećerne bolesti, imao srčanih problema, tumor? | 50. | Da | Ne | Šećernu bolest? |

IV. DA LI IMATE SADA I DA LI STE IKADA IMALI:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|------------------------------------|-----|----|----|---------------------|
| 51. | Da | Ne | Psihijatrijsko liječenje? | 56. | Da | Ne | Ležali u bolnici? |
| 52. | Da | Ne | Zračenje? | 57. | Da | Ne | Transfuziju krvi? |
| 53. | Da | Ne | Kemo terapiju? | 58. | Da | Ne | Hiruršku operaciju? |
| 54. | Da | Ne | Ugrađene vještačke srčane zaliske? | 59. | Da | Ne | Peismeiker? |
| 55. | Da | Ne | Vještačke zglobove? | 60. | Da | Ne | Kontaktna sočiva? |

V. DA LI TRENUTNO KORISTITE:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|----|----------------------------|
| 61. | Da | Ne | Droge za opuštanje? | 63. | Da | Ne | Duhan, u bilo kojoj formi? |
| 62. | Da | Ne | Droge, lijekove, lijekove koji se kupuju bez recepta (uključujući aspirin), narodne lijekove? | 64. | Da | Ne | Alkohol? |

Navedite ih ovdje: _____

VI. SAMO ZA ŽENE:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|-----------------------------------------------------------------|-----|----|----|--------------------------------|
| 65. | Da | Ne | Da li ste ili da li je moguće da ste trudni? Da li sada dojite? | 66. | Da | Ne | Koristite li anti-bebi pilule? |
|-----|----|----|-----------------------------------------------------------------|-----|----|----|--------------------------------|

VII. SVI PACIJETNI:

- | | | | |
|-----|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 67. | Da | Ne | Da li bolujete ili ste nekada bolovali od bolesti i da li imate zdravstvenih problema o kojima vas ovdje NISMO pitali? |
|-----|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Ako je nešto ispušteno, molimo vas navedite ovdje: _____

Odgovorio/la sam na svako pitanje potpuno i tačno, najbolje što sam znao/la. Mog zubara ću obavijestiti o svim promjenama u mom zdravstvenom stanju ili lijekovima koje uzimam.

Potpis pacijenta: _____ Datum: _____

RECALL REVIEW:

- | | |
|----------------------------|--------------|
| 1. Potpis pacijenta: _____ | Datum: _____ |
| 2. Potpis pacijenta: _____ | Datum: _____ |
| 3. Potpis pacijenta: _____ | Datum: _____ |