

UPITNIK O ZDRAVSTVENOM STANJU

MEDIC. NAPOMENE	PREMIKACIJA	ALERGIJA	ANESTEZIJA	DATUM
-----------------	-------------	----------	------------	-------

Pacijent _____ Datum rođenja _____
IME PREZIME

Adresa _____ Grad _____ Tel. (mob) _____

Zanimanje _____ Tel. (kuća) _____ Tel. (posao) _____

Molimo Vas da na sledeća pitanja odgovorite tako što ćete upisati znak X u odgovarajuću kućicu. Svi Vaši odgovori su poverljivi i biće na raspolaganju samo osoblju ove ordinacije. Tokom prvog pregleda će Vam, možda, biti postavljena pitanja u vezi Vaših odgovora u ovom upitniku, kao i dodatna pitanja u vezi Vašeg zdravstvenog stanja. Ove informacije su značajne jer omogućavaju da Vam se pruži odgovarajuća nega.

STOMATOLOŠKE INFORMACIJE

DA	NE	NE ZNAM		DA	NE	NE ZNAM	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da li Vam krvare desni kada perete zube?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da li ste imali ortodontsku terapiju?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da li su Vam zubi osetljivi na hladno, toplo, slatko ili na pritisak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da li imate glavobolju, bolove u uhu ili u vratu?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da li ste imali parodontalnu terapiju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da li nosite zubnu protezu?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da li ste ikada imali ozbiljnih problema vezanih za prethodne posete stomatologu? Ako jeste molimo Vas objasnite _____				

Kako biste opisali sadašnji stomatološki problem? _____

Datum poslednjeg stomatološkog pregleda _____ Datum poslednjeg rendgenskog pregleda _____

Šta mislite o stanju Vaših zuba? _____

MEDICINSKE INFORMACIJE

DA	NE	NE ZNAM	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da li ste dobrog zdravlja ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da li je bilo nekih promena u Vašem zdravstvenom stanju tokom prethodne godine ?
Da li imate neku od sledećih bolesti ili stanja: Ako ja Vaš odgovor na bilo koje od naredna 3 pitanja DA molimo Vas da prekinete sa popunjavanjem upitnika i da pozovete nekog od zaposlenih u ordinaciji.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aktivna tuberkuloza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kašalj koji traje duže od 3 nedelje
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krvav ispljuvak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da li se trenutno lečite od neke bolesti ? Od koje ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da li ste imali neku ozbiljnu bolest, operaciju ili ste lečeni u bolnici tokom prethodnih 5 godina? Ako jeste od čega ste lečeni ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da li trenutno uzimate neke lekove ? Koje ? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da li konzumirate alkoholna pića ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da li pušite ? Da li ste zainteresovani da prestanete sa pušenjem ? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Možda <input type="checkbox"/> Ne

Alergije

Da li ste alergični na:

DA	NE	NE ZNAM		DA	NE	NE ZNAM	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lokalne anestetike	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lateks
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jod
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicilin ili druge antibiotike	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barbiturate, sedative ili pilule za spavanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Životinjsku dlaku
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sulfonamide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hranu (koju?) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kodein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drugo _____

Molimo Vas da popunite i drugu stranu

