



(kroatisch)

Anketni obrazac za pacijenta Patientenerhebungsbogen

Prezime: Familiename:	_____	Ime: Vorname:	_____
Datum rođenja: Geburtsdatum:	_____	Državljanstvo: Staatsangehörigkeit:	_____
Zemlja i mjesto rođenja: Herkunftsland/-ort:	_____		
Poznavanje jezika: Sprachkenntnisse:	_____		

Samo kod maloljetnika: Ovlašteni skrbnik

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Prezime: Familiename:	_____	Ime: Vorname:	_____
Datum rođenja: Geburtsdatum:	_____	Državljanstvo: Staatsangehörigkeit:	_____

Podaci za kontakt

Kontakt Daten

Broj telefona (mobitela):
Telefon-/Handynummer: _____

E-pošta:
E-Mail: _____

Sadašnja adresa (ulica/kućni broj/mjesto):
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): _____

Broj telefona tumača:
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers: _____

Što točnije odgovorite na sljedeća pitanja u vezi s Vašim zdravstvenim stanjem! Podaci podliježu liječničkoj obvezi o povjerljivosti i propisima zaštite podataka i bit će korišteni strogo povjerljivo.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Srčana bolest/ oboljenje cirkulacijskog sustava Herz-/Kreislauferkrankung	<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein	Jeste li trudni? Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
Smetnje s krvnim sudovima Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Ako da, u kojem mjesecu? Wenn ja, in welchem Monat?mjesec Monat	
Napadaji (epilepsija) Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Ostala oboljenja: Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Astma/plućna oboljenja Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne		
Napadaji nemoći Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne		
Dijabetes/šećerna bolest Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne		
Bolest jetre/hepatitis Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne		
Bubrežne bolesti Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne		
Reuma/artritis Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne		
Bolest štitnjače Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne			
Tuberkuloza Tuberkulose	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Allergije ili netolerancije: Allergien bzw. Unverträglichkeiten:		
HIV-infekcija/stadij AIDS-a HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Lokalna anestezija/šprice Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Infekcijska oboljenja (npr. MRSA) Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Antibiotici Antibiotika	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Ovisnost o drogama Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Sredstva protiv bolova Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Pušač Raucher	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Ostalo: Andere:		



Jesu li na vama već provedena zubarska rendgenska snimanja?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

da ne
ja nein

Ako da, kada?

Wenn ja, wann?

Imate li poteškoća sa žvakanjem jer nemate sve zube?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

da ne

Jeste li već bili kod liječnika opće medicine?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

da ne

Ako da, kod kojeg?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Koje lijekove uzimate redovito, odnosno, trenutačno?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... od

..... seit

..... od

..... , datum:

..... , den

Potpis:

Unterschrift: