



(serbisch)

Formular za pacijente Patientenerhebungsbogen

Prezime: _____
Familiename:
Datum rođenja: _____
Geburtsdatum:
Država/mesto rođenja: _____
Herkunftsland/-ort:
Poznavanje jezika: _____
Sprachkenntnisse:

Ime: _____
Vorname:
Državljanstvo: _____
Staatsangehörigkeit:

Samo kod maloletnika: Staratelj

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Prezime: _____
Familiename:
Datum rođenja: _____
Geburtsdatum:

Ime: _____
Vorname:
Državljanstvo: _____
Staatsangehörigkeit:

Kontaktni podaci

Kontaktdaten

Broj telefona/mobilnog telefona: _____
Telefon-/Handynummer:

E-pošta: _____
E-Mail

Sadašnja adresa (ul./ kuć. br. / mesto): _____
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

Tel. br. prevodioca/tumača: _____
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

Na sledeća pitanja o vašem zdravstvenom stanju odgovorite što tačnije! Kod podataka se primenjuju lekarska tajna i odredbe zaštite podataka i s njima se postupa strogo poverljivo.

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.

Bolest kardiovaskularnog sistema da ne
Herz-/Kreislaufkrankung ja nein

Poremećaji zgrušavanja krvi da ne
Blutgerinnungsstörungen

Napadi (epilepsija) da ne
Anfallsleiden (Epilepsi)

Astma/plućne bolesti da ne
Asthma/Lungenerkrankungen

Napadi nesvestice da ne
Ohnmachtsanfälle

Dijabetes/šećerna bolest da ne
Diabetes/Zuckerkrankheit

Bolesti jetre/hepatitis da ne
Lebererkrankung/Hepatitis

Bolesti bubrega da ne
Nierenerkrankungen

Reuma/artritis da ne
Rheuma/Arthritis

Bolesti štitnjače da ne
Schilddrüsenerkrankung

Tuberkuloza da ne
Tuberkulose

Infekcija HIV-om/stadijum AIDS-a da ne
HIV-Infektion/Stadium AIDS

Zarazna bolest (npr. MRSA) da ne
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

Zavisnost od droge da ne
Drogenabhängigkeit

Pušač da ne
Raucher

Jeste li možda trudni? da ne
Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Ako da, u kom mesecu?mesec
Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Ostale bolesti: da ne
Sonstige Erkrankungen

.....
.....
.....
.....

Alergije, odnosno intolerancije:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalna anestezija/injekcije da ne
Lokalanästhesie/Spritzen

Antibiotik da ne
Antibiotika

Sredstva protiv bolova da ne
Schmerzmittel

Ostalo:
Andere:



Jeste li već radili stomatološke rendgenske snimke?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

da ne
ja nein

Ako da, kada?

Wenn ja, wann?

Imate li poteškoća kada jedete hranu zato što vam nedostaju zubi?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

da ne

Jeste li već bili kod lečnika opšte prakse?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

da ne

Ako da, kod kog lečnika?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Koje lekove uzimate redovno, odnosno u momentu?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... od

seit

..... od

..... od

..... , dana

, den

Potpis:

Unterschrift: