UPITNIK O ZDRAVSTVENOM STANJU

-P R I J E M N A A N K E T A-

**Pacijent \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum rodjenja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Zanimnje\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (roditelji kod maloletnih lica)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Molimo vas da na sledeca pitanja odgovorite tako sto cete upisati znak X u odgovarajucu kucicu.Svi Vasi odgovori su poverljivi i bice na raspolaganju samo osoblju ove ordinacije. Tokom prvog pregleda ce vam ,mozda,biti postavljena pitanja u vezi Vasih odgovora,kao i dodatna pitanja u vezi Vaseg zdravstvenog stanja.Ove informacije su od znacaja za pruzanje odgovarajuce nege.**

**Stomatoloske informacije:**

**da ne ne znam da ne ne znam**

**|\_| |\_| |\_| Da li vam krvare desni? |\_| |\_| |\_| Da li ste imali ortodontsku terapiju?**

**|\_| |\_| |\_| Dali su vam zubi osetljivi na hladno, |\_| |\_| |\_| Da li imate glavobolju,bolove u uhu**

**toplo,slatko ili na pritisak? ili u vratu?**

**|\_| |\_| |\_| Da li ste imali parodontalnu terapiju? |\_| |\_| |\_| Da li nosite zubnu protezu?**

**|\_| |\_| |\_| Da li ste imali ikada oybiljnih problema vezanih za prethodne posete stomatologu? Ako jeste**

**molim vas objasnite \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Kako bi ste opisali sadasnji stomatoloski problem?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum poslednjeg stomatoloskog pregleda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum poslednjeg rendgenskog pregleda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vase misljenje o stanju vasih zuba? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Medicinske informacije:**

**da ne ne znam**

**|\_| |\_| |\_| Da li ste dobrog zdravlja?**

**|\_| |\_| |\_| Da lije bilo nekih promena u Vasem zdravstvenom stanju tokom prethodne godine?**

**|\_| |\_| |\_| Da li se trenutno lecite od neke bolesti? Od koje?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**|\_| |\_| |\_| Da li ste imali neku ozbiljnu bolest,operaciju ili ste leceni u bolnici tokom prethodnih 10godina?**

**Ako jeste, od cega ste leceni?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**|\_| |\_| |\_| Dali trenutno uzimate neke lekove?Koje?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**|\_| |\_| |\_| Da li konzumirate alkohol?**

**|\_| |\_| |\_| Da li pusite?**

**Da li imate neku od sledecih bolesti ili stanja; ako je odgovor pozitivan, odmah na to skrenite paznju doktoru u ordinaciji**

**|\_| |\_| |\_| Aktivna tuberkuloza**

**|\_| |\_| |\_| Kasalj koji traje duze od tri nedelje**

**|\_| |\_| |\_| Krvav ispljuvak**

**Alergije**

**Da li ste alergicni na :**

**da ne ne znam da ne ne znam**

**|\_| |\_| |\_| Lokalne anestetike |\_| |\_| |\_| Lateks**

**|\_| |\_| |\_| Aspirin |\_| |\_| |\_| Jod**

**|\_| |\_| |\_| Penicilin ili druge antibiotike |\_| |\_| |\_| Polen**

**|\_| |\_| |\_| Barbiturate,sedative ili pilule za spavanje |\_| |\_| |\_| Zivotinjsku dlaku**

**|\_| |\_| |\_| Sulfonamide |\_| |\_| |\_| Hranu/koju\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**|\_| |\_| |\_| Kodein |\_| |\_| |\_| Drugo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Samo za zene**

**da ne ne znam**

**|\_| |\_| |\_| Da li ste trudni?**

**|\_| |\_| |\_| Da li dojite?**

**|\_| |\_| |\_| Da li uzimate kontraceptivna sretstva? k**

**|\_| |\_| |\_| Da li imate ugradjene vestacke zglobove(kuk,koleno)?Kada je izvrsena operacija?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Molimo Vas da upisete oboljenje ili stanje koje ste imali ili imate**

**da ne ne znam**

**|\_| |\_| |\_| Nenormalno krvarenje |\_| |\_| |\_| Poremecaj imunoloskog sistema**

**|\_| |\_| |\_| SIDA ili HIV infekcija |\_| |\_| |\_| Dijabetes (secerna bolest)**

**|\_| |\_| |\_| Anemija |\_| |\_| |\_| Suvoca usta**

**|\_| |\_| |\_| Artritis |\_| |\_| |\_| Poremecaj ishrane**

**|\_| |\_| |\_| Reumatoidni artritis |\_| |\_| |\_| Epilepsija**

**|\_| |\_| |\_| Astma |\_| |\_| |\_| Nesvestica**

**|\_| |\_| |\_| Transvuzija krvi (kada \_\_\_\_\_\_\_\_\_) |\_| |\_| |\_| Gastroezofagealni refluks**

**|\_| |\_| |\_| Rak/hemoterapija/radioterapija |\_| |\_| |\_| Glaukom**

**|\_| |\_| |\_| Kardiovaskularno oboljenje,koje: |\_| |\_| |\_| Hemofilija**

**|\_| Angija pektoris |\_| |\_| |\_| Hepatitis,zutica,oboljenje jetre**

**|\_| Ateroskleroza |\_| |\_| |\_| Infekcije,koje\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**|\_| Vastacki zalistak |\_| |\_| |\_| Oboljenje bubrega**

**|\_| Koronarna bolest |\_| |\_| |\_| Nizak krvni pritisak**

**|\_| Ostecenje srcanih zalistaka |\_| |\_| |\_| Psihijatrijski poremecaj**

**|\_| Infarkt srca (Koji) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**|\_| Sum na srcu |\_| |\_| |\_| Migrena**

**|\_|Visok krvni pritisak |\_| |\_| |\_| Nocno znojenje**

**|\_|Urodjene srcane mane |\_| |\_| |\_| Uvecane limfne zlezde vrata**

**|\_| Pejsmejker |\_| |\_| |\_| Neuroloski poremecaj**

**|\_| Reumatska bolest srca (Koji) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**|\_| |\_| |\_| Bol u grudima prilikom napora |\_| |\_| |\_| Jake glavobolje**

**|\_| |\_| |\_| Hronicna bolna stanja |\_| |\_| |\_| Veliki/ili brzi gubitak tezine**

**|\_| |\_| |\_| Osteoporoza |\_| |\_| |\_| Oboljenje sinusa**

**|\_| |\_| |\_| Respiratorna oboljenja |\_| |\_| |\_| Cerebovaskularni poremecaj/slog**

**|\_| Bronhitis |\_| |\_| |\_| Oboljenje stitne zlezde**

**|\_| Emfizem |\_| |\_| |\_| Cir na zelucu ili na**

**|\_| |\_| |\_| Poremecaj spavanja dvanaestopalacnom crevu**

**|\_| |\_| |\_| Sistemski lupus eritematodes |\_| |\_| |\_| Tuberkuloza**

**Ovim potvrdjujem da sam procitao/procitala i razumeo/rayumela sve gore navedeno.Necu smatrati da je moj stomatolog ili clan njegovog osoblja odgovoran za postupke koje je ucinio ili nije ucinio zbog eventualnih greski koje sam eventualno ucinio/ucinila prilikom popunjavanja ovog upitnika.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**potpis pacijenta datum**

**Dopuna upitnika o zdravstvenom stanju**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ potpis pacijenta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Kako ste saznali za našu ordinaciju:  
a) Preporuka prijatelja poznanika(po mogućstvu ime):**

**b)Preporuka drugog stomatologa ili lekara(po mogućstvu ime):  
c)Preko sajta  
d) Preko facebook stranice *"Dečja stomatologija-prof dr Jovan Vojinović"***

**e) Preko facebook stranice "Stomatološka ordinacija za decu i roditelje DENT VAF"**

**f) Na drugi način(navesti koji):**

**Da li zelite da dobijate informacije(strucne i ostale) od nase ordinacije preko mejla**

**da ne ne znam**

**|\_| |\_| |\_|**