

DOM ZDRAVLJA Primorsko-goranske županije	ZDRAVSTVENE USLUGE
UPUTNIK O ZDRAVSTVENOM STANJU PACIJENTA	Oznaka: OP UPIT SIST Datum: 27.02.18. Izdanje: 1 Str.: 1/1

Prezime i ime: _____ OIB: _____ Datum rođenja: _____

Adresa prebivališta: _____ Kontakt tel: _____

Ovaj uputnik o obiteljskoj i osobnoj anamnezi ispunjava pacijent ili roditelj / skrbnik _____

Je li tko u obitelji bolovao od sljedećih bolesti? (zaokruži)

Karcinomi / tumori	DA	NE	Epilepsija	DA	NE	Bolesti živaca i mišića	DA	NE
Šećerne bolesti	DA	NE	Povišeni tlak	DA	NE	Alkoholizam	DA	NE
Duševne bolesti	DA	NE	Moždani udar	DA	NE	Umro mlađi od 50 godina	DA	NE
Srčane bolesti	DA	NE	Bolesti krvnih žila	DA	NE	Ostale bolesti	DA	NE

Naočale (zaokružite)	DA	NE	nosim stalno	nosim povremeno	za blizinu	za daljinju
-----------------------------	----	----	--------------	-----------------	------------	-------------

Sluh (zaokružite)	čujem dobro	oslabljen sluh	na jedno uho	na oba uha
--------------------------	-------------	----------------	--------------	------------

ALERGIJE (pelud, hrana, lijekovi, drugo): _____

Osjećate li se zdravo?	DA	NE	Napomena:
-------------------------------	----	----	------------------

Jeste li ikada bolovali od sljedećih bolesti (zaokruži):

Održavanje ravnoteže	DA	NE	Kožne bolesti	DA	NE	Migrene	DA	NE
Povišeni krvni tlak	DA	NE	Giht	DA	NE	Gubitak Svijesti	DA	NE
Bolesti srca i krvnih žila	DA	NE	Reumatoidni artritis	DA	NE	Vrtoglavice ili omaglice	DA	NE
Astma ili kronični bronhitis	DA	NE	Spolne bolesti	DA	NE	Neurološki poremećaji	DA	NE
Bolesti krvi (anemije)	DA	NE	Bolesti prostate	DA	NE	Bolesti kralježnice	DA	NE
Šećerna bolest	DA	NE	Hemoroidi	DA	NE	Ozljeda glave	DA	NE
Bolesti štitnjače	DA	NE	Ulkus - čir	DA	NE	Poremećaj pamćenja	DA	NE
Bolesti probavog sustava	DA	NE	Žučni kamenci	DA	NE	Duševni poremećaji	DA	NE
Bolesti bubrega	DA	NE	Bolesti jetre	DA	NE	Urođene bolesti	DA	NE
Bubrežni kamenci	DA	NE	Karcinomi i tumori	DA	NE	Prijem u bolnicu	DA	NE

PRIJELOMI (ruka, noga, drugo): _____

OPERACIJE: _____

APETIT	uredan	neuredan
MOKRENJE	uredno	neuredno
STOLICA	uredan	neuredan

PUŠENJE	DA	NE	Povremeno
ALKOHOL	DA	NE	Povremeno
DROGA	DA	NE	Povremeno

SADAŠNJE TEGOBE (npr. glavobolje, omaglice, nesvjestice, umor, klonulost, pospanost, znojenje, kašalj, teško disanje, svrbež kože, bolovi i sl.): _____

TOČNOST I POTPUNOST PODATAKA POTVRĐUJEM POTPISOM: _____

Datum: _____