



VPRAŠALNIK O ZDRAVJU PO PRIPOROČILIH FDI

Priimek in ime: _____ Datum: _____

Datum rojstva: _____ Spol: M Ž Telefon: _____

Poklic: _____ Zakonski stan: _____

Ime, naslov in tel. najbližjega sorodnika: _____

Če vprašalnik izpolnjuje druga oseba, vpišite ime in priimek: _____

Ali bolehate za katero boleznijo? NE DA Če da, za katero? _____

Ali vas je v zadnjih dveh letih zdravil zdravnik? NE DA

Če vas je, za katero boleznijo? _____

Ime, priimek in telefon vašega zdravnika: _____

Ali ste se v zadnjih dveh letih zdravili v bolnišnici? NE DA

Katera zdravila jemljete pogosto ali stalno? _____

Ali ste vi ali kdo v vaši družini imeli komplikacije pri lokalni ali splošni anesteziji? NE DA

Ali ste elergični na kakšno zdravilo ali kakšno snov? NE DA

Ali so pri vas kdaj nastopile motnje pri strjevanju krvi? NE DA

Ali so vas kdaj zdravili z obsevanjem glave ali vratu? NE DA

Ali imate kakšno infekcijsko bolezen? NE DA

Ali ste kdaj dobili transfuzijo krvi? NE DA Navedite tip in datum: _____

Ali bi lahko bili izpostavljeni virusu AIDS (HIV) NE DA Ali imate protitelesa HIV? _____

(za ženske) Ali ste noseči? NE DA Če da, kdaj pričakujete porod? _____

Ali kadite? NE DA Če da, koliko? _____

Označite bolezn ali stanja, ki ste jih imeli ali jih imate:

- | | | | |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> okvara srčnih zaklopk | <input type="checkbox"/> umetna srčna zaklopka | <input type="checkbox"/> pljučni "shunt" | <input type="checkbox"/> endokarditis |
| <input type="checkbox"/> prirojene srčne okvare | <input type="checkbox"/> srčni vzpodbujevalnik | <input type="checkbox"/> alergične težave | <input type="checkbox"/> stalni kašelj |
| <input type="checkbox"/> bronhiektazije | <input type="checkbox"/> psihiatrično zdravljenje | <input type="checkbox"/> virusni hepatitis | <input type="checkbox"/> TBC |
| <input type="checkbox"/> bolezn štčitnice | <input type="checkbox"/> epilepsija (božjast) | <input type="checkbox"/> astma | <input type="checkbox"/> artritis |
| <input type="checkbox"/> diabetes (sladkorna) | <input type="checkbox"/> povečane bezgavke | <input type="checkbox"/> levkemija | <input type="checkbox"/> anemija |
| <input type="checkbox"/> sinusitis | <input type="checkbox"/> gastrointestinalni ulkus | <input type="checkbox"/> zlatenica | <input type="checkbox"/> glavkom (zel. mrena) |
| <input type="checkbox"/> malignom (rak) | <input type="checkbox"/> visok krvni pritisk | <input type="checkbox"/> ustna kandidiaza | <input type="checkbox"/> spolna bolezen |
| <input type="checkbox"/> možganska kap | <input type="checkbox"/> srčni infarkt | <input type="checkbox"/> osteoporoza | |

bolezn, ki jih imate pa niso na vprašalniku: _____

opombe: _____

Podpis pacienta*: _____

Pregledal terapevt: _____

* s podpisom dajem privolitev za obdelavo svojih podatkov