

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 alergični 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 boleznijo ali stanja, ki ste jih imeli ali jih imate:

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

Bolezni, ki jih imate, pa niso na vprašalniku: _____

Opombe: _____

Podpis pacienta*: _____

Pregledal zobozdravnik: _____