

**VPRAŠALNIK O ZDRAVJU 1, 2**

Vljudno vas naprošamo, da izpolnite vprašalnik, s katerim bomo dobili vpogled v vaše zdravstveno stanje in tako lahko primerno poskrbeli za vas. Podatki so zaupne narave in jih bo zobozdravnica uporabljala izključno za medicinske namene.

Datum:

|  |
| --- |
| Ime in priimek: |
| Datum rojstva: |
| Naslov:  |
| Telefon:  |
| Mail za sporočanje: |

1. Ali bolehate za katero boleznijo? DA NE

Če da, za katero?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ali ste se v zadnjih dveh letih zdravili pri zdravniku? DA NE

Če ste se, zaradi katere bolezni ali stanja?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ali ste se v zadnjih dveh letih zdravili v bolnišnici? DA NE
2. Katera zdravila jemljete redno in katera pogosto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Svetovno zobozdravniško združenje / World Dental Federation (FDI) je že leta 1989 izdalo priporočilo, da v okviru anamneze pacient izpolni vprašalnik o podatkih, ki so pomembni za nadaljnjo obravnavo. Na osnovi priporočil je Zdravniška zbornica Slovenije pripravila vsebino vprašalnika.

2 Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva dovoljuje zbiranje teh podatkov (ZZPZ, Ur.list št. 65/2000).

1. Ali ste vi ali kdo v vaši družini imeli komplikacije, ko ste dobili lokalno ali splošno anestezijo? DA NE
2. Ali ste alergični na kakšno zdravilo ali kakšno snov? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Ali so pri vas kdaj nastopile motnje v strjevanju krvi? DA NE
4. Ali so vas kdaj zdravili z obsevanjem glave ali vratu? DA NE
5. Ali imate kakšno infekcijsko bolezen? DA NE
6. Ali ste kdaj dobili transfuzijo krvi? DA NE Navedite tip in datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Ali bi lahko bili izpostavljeni virusu AIDS (HIV)? DA NE
8. Za ženske: ali ste noseči? DA NE Če ste noseči, kdaj pričakujete porod?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Obkrožite bolezni ali stanja, ki ste jih imeli ali jih imate:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Okvara srčnih zaklopk | Umetna srčna zaklopka | Pljučni shunt | Levkemija |
| Prirojene srčne okvare | Srčni pacemaker | Endokarditis | Anemija |
| Bronhiektazije | Psihiatrično zdravljenje | Alergične težave | Zlatenica |
| Bolezni ščitnice | Epilepsija (božjast) | Stalen kašelj | Glavkom |
| Diabetes (sladkorna bol.) | Povečane bezgavke | Virusni hepatitis | Ustna kandidiaza |
| Sinusitis | Gastrointestinalni ulkus | TBC | Spolna bolezen |
| Malignom (rak) | Visok krvni pritisk | Astma | Artritis |

Prosimo, napišite bolezen ali pomembno okoliščino, ki jo imate in ni vpisana na vprašalniku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ob spremembi zdravstvenega stanja vas vljudno naprošamo, da nas o tem obvestite.**

Podpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pregledal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_