

Uputstvo za zdravlje pacijenta

Ime pacijenta:	
Današnji datum:	Datum rođenja:
Razlog današnje posjete:	

Socijalna istorija

Bračni status: Neoženjen oženjen Razvedena Udovica

Konuzumacija alkohola: Da / Ne Ako da, broj pića sedmično: _____

Upotreba duhana: Da / Ne Ako da, vrsta i učestalost: _____

Vježbanje: Da / Ne Ako da, vrsta i učestalost: _____

Invaliditet: Da / Ne Ako da, vrsta invaliditeta: _____

Prošla medicinska istorija

Da li ste ikada imali ili vam je dijagnostikovano (označite sve što se odnosi na vas):

Alergije	Anemija	Anksioznost	Artritis	Astma
Poremećaj krvarenja	Poremećaj kostiju	Rak	Katarakta	Depresija
Dijabetes	Poremećaj probave	Glaukom	Srčani udar	Srčana bolest
Šum na srcu	Hemoroidi	Visok krvni pritisak	Visok holesterol	Bolest bubrega
Kamenci u bubregu	Bolest jetre	Morbili	Upala pluća	Poremećaj prostate
Napadi/Epilepsija	Polno prenosive bolesti	Moždani udar	Tuberkuloza/Bolest pluća	Bolest štitne žlijezde
Čir	Alzheimerova bolest			

Lijekovi i doziranje

Navedite sve lijekove na recept i bez recepta (uključujući doziranje) koje trenutno uzimate:

Alergije

Imate li poznate alergije? Ako da, navedite/opišite:

Prošla hirurška istorija

Molimo navedite sve hirurške zahvate koje ste imali:

Godina	Hirurški zahvat/Procedura

Porodična medicinska istorija

	Godine	Zdravlje	Godine smrti	Ako je preminuo, uzrok	Komentari
Otac					
Majka					
Braća i sestre					

Da li je neko od vaših krvnih srodnika ikada imao dijagnostikovano neko od sljedećih stanja?

<input type="checkbox"/>	Alzheimerova	<input type="checkbox"/>	Srčani udar	<input type="checkbox"/>	Alkoholizam	<input type="checkbox"/>	Tuberkuloza	<input type="checkbox"/>	Bolest krvarenja
<input type="checkbox"/>	Mentalni poremećaj	<input type="checkbox"/>	Dijabetes	<input type="checkbox"/>	Moždani udar	<input type="checkbox"/>	Srčana bolest	<input type="checkbox"/>	Rak

Reproduktivna istorija (samo za žene)

Broj djece:	Posljednja menstruacija:
Histerektomija? Da / Ne Ako da, kada:	Kontracepcija:

Pregled sistema

Molimo označite stavke koje trenutno osjećate ili ste ih nedavno osjetili:

<input type="checkbox"/>	Promjena težine	<input type="checkbox"/>	Promjena vida	<input type="checkbox"/>	Zamagljen vid	<input type="checkbox"/>	Slušni aparati	<input type="checkbox"/>	Gubitak sluha
<input type="checkbox"/>	Problemi sa sinusima	<input type="checkbox"/>	Krvarenje iz nosa	<input type="checkbox"/>	Bol u grudima	<input type="checkbox"/>	Lupanje srca	<input type="checkbox"/>	Kratak dah
<input type="checkbox"/>	Kratak dah	<input type="checkbox"/>	Astma	<input type="checkbox"/>	Gubitak apetita	<input type="checkbox"/>	Mučnina	<input type="checkbox"/>	Povraćanje
<input type="checkbox"/>	Groznica	<input type="checkbox"/>	Proliv	<input type="checkbox"/>	Zatvor	<input type="checkbox"/>	Često mokrenje	<input type="checkbox"/>	Bol sa/mokrenjem
<input type="checkbox"/>	Inkontinencija	<input type="checkbox"/>	Bol u zglobovima	<input type="checkbox"/>	Slabost mišića	<input type="checkbox"/>	Bol u leđima	<input type="checkbox"/>	Promjena boje kože ili mladeža
<input type="checkbox"/>	Osip	<input type="checkbox"/>	Kvržica u grudima	<input type="checkbox"/>	Glavobolje	<input type="checkbox"/>	Utrnulost	<input type="checkbox"/>	Tremor

Ima li još nešto što smatrate da doktor treba znati o vama i/ili vašoj medicinskoj istoriji?