

Formular za pacijente

Patientenerhebungsbogen

Prezime: Familiename:	_____	Ime: Vorname:	_____
Datum rođenja: Geburtsdatum:	_____	Državljanstvo: Staatsangehörigkeit:	_____
Država/mesto rođenja: Herkunftsland/-ort:	_____		
Poznavanje jezika: Sprachkenntnisse:	_____		

Samo kod maloletnika: Staratelj

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

Prezime: Familiename:	_____	Ime: Vorname:	_____
Datum rođenja: Geburtsdatum:	_____	Državljanstvo: Staatsangehörigkeit:	_____

Kontaktni podaci

Kontaktdaten

Broj telefona/mobilnog telefona: _____
Telefon-/Handynummer:

E-pošta: _____
E-Mail

Sadašnja adresa (ul./ kuć. br. / mesto): _____
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

Tel. br. prevodioca/tumača: _____
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

Na sledeća pitanja o vašem zdravstvenom stanju odgovorite što tačnije! Kod podataka se primenjuju lekarska tajna i odredbe zaštite podataka i s njima se postupa strogo poverljivo.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Bolest kardiovaskularnog sistema Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein	Jeste li možda trudni? Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
Poremećaji zgrušavanja krvi Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Ako da, u kom mesecu? Wenn ja, in welchem Monat?mesec Monat	
Napadi (epilepsija) Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Ostale bolesti: Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Astma/plućne bolesti Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne		
Napadi nesvestice Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne		
Dijabetes/šećerna bolest Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne		
Bolesti jetre/hepatitis Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne		
Bolesti bubrega Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne		
Reuma/artritis Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne		
Bolesti štitnjače Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Alergije, odnosno intolerancije: Allergien bzw. Unverträglichkeiten:		
Tuberkuloza Tuberkulose	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Lokalna anestezija/injekcije Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Infekcija HIV-om/stadijum AIDS-a HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Antibiotik	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Zarazna bolest (npr. MRSA) Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Sredstva protiv bolova Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Zavisnost od droge Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Ostalo:		
Pušač Raucher	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Andere:		

Jeste li već radili stomatološke rendgenske snimke?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

da ne
ja nein

Ako da, kada?

Wenn ja, wann?

Imate li poteškoća kada jedete hranu zato što vam nedostaju zubi?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

da ne

Jeste li već bili kod lečnika opšte prakse?

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

da ne

Ako da, kod kog lečnika?

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Koje lekove uzimate redovno, odnosno u momentu?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... od

seit

..... od

..... od

....., dana

, den

Potpis:

Unterschrift: