

5. (kroatisch)

## Anketni obrazac za pacijenta Patientenerhebungsbogen

Prezime: Familiename:	_____	Ime: Vorname:	_____
Datum rođenja: Geburtsdatum:	_____	Državljanstvo: Staatsangehörigkeit:	_____
Zemlja i mjesto rođenja: Herkunftsland/-ort:	_____		
Poznavanje jezika: Sprachkenntnisse:	_____		

### Samo kod maloljetnika: Ovlašteni skrbnik

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

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

### Podaci za kontakt

Kontaktdaten

Broj telefona (mobitela):  
Telefon-/Handynummer: \_\_\_\_\_

E-pošta:  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Sadašnja adresa (ulica/kućni broj/mjesto):  
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): \_\_\_\_\_

Broj telefona tumača:  
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers: \_\_\_\_\_

**Što točnije odgovorite na sljedeća pitanja u vezi s Vašim zdravstvenim stanjem! Podaci podliježu liječničkoj obvezi o povjerljivosti i propisima zaštite podataka i bit će korišteni strogo povjerljivo.**

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.

<b>Srčana bolest/ oboljenje cirkulacijskog sustava</b> Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein	<b>Jeste li trudni?</b> Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
<b>Smetnje s krvnim sudovima</b> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<b>Ako da, u kojem mjesecu? .....</b> Wenn ja, in welchem Monat?	.....mjesec Monat	
<b>Napadaji (epilepsija)</b> Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<b>Ostala oboljenja:</b> Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
<b>Astma/plućna oboljenja</b> Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....		
<b>Napadaji nemoći</b> Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....		
<b>Dijabetes/šećerna bolest</b> Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....		
<b>Bolest jetre/hepatitis</b> Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....		
<b>Bubrežne bolesti</b> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....		
<b>Reuma/artritis</b> Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....		
<b>Bolest štitnjače</b> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne			
<b>Tuberkuloza</b> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<b>Allergije ili netolerancije:</b> Allergien bzw. Unverträglichkeiten:		
<b>HIV-infekcija/stadij AIDS-a</b> HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<b>Lokalna anestezija/šprice</b> Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
<b>Infekcijska oboljenja (npr. MRSA)</b> Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<b>Antibiotici</b> Antibiotika	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
<b>Ovisnost o drogama</b> Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<b>Sredstva protiv bolova</b> Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
<b>Pušač</b> Raucher	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<b>Ostalo: .....</b> Andere:		

**Jesu li na vama već provedena zubarska rendgenska snimanja?**

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

da     ne  
ja            nein

**Ako da, kada?** .....

Wenn ja, wann?

**Imate li poteškoća sa žvakanjem jer nemate sve zube?**

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

da     ne

**Jeste li već bili kod liječnika opće medicine?**

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

da     ne

**Ako da, kod kojeg?** .....

Wenn ja, bei welchem Arzt?

**Koje lijekove uzimate redovito, odnosno, trenutačno?**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... od .....

..... seit .....

..... od .....

..... , datum: .....

..... , den

Potpis: .....

Unterschrift: