

Registracioni formular pacijenta

Prezime: _____ Ime: _____
 Datum rođenja: _____ Državljanstvo: _____
 Zemlja/Grad porekla: _____
 Znanje jezika: _____

Samo za maloletnike Zakonski staratelj

Prezime: _____ Ime: _____
 Datum rođenja: _____ Državljanstvo: _____

Kontakt podaci

Broj telefona / mobilnog: _____
 E-Mail: _____
 Trenutna adresa (ul./br./grad): _____
 Tel. prevodioca / tumača _____

Molimo Vas da odgovorite na sledeća pitanja o zdravlju što preciznije!

Podaci su poverljivi i obrađuju se u skladu sa lekarskom tajnom i zaštitom podataka.

Srčane i vaskularne bolesti	☐ da	☐ ne
Poremećaji koagulacije	☐ da	☐ ne
Epilepsija (napadi)	☐ da	☐ ne
Astma / bolesti pluća	☐ da	☐ ne
Nesvestica	☐ da	☐ ne
Dijabetes / Šećerna bolest	☐ da	☐ ne
Bolesti jetre / Hepatitis	☐ da	☐ ne
Bolesti bubrega	☐ da	☐ ne
Reumatizam / Artritis	☐ da	☐ ne
Bolesti štitaste žlezde	☐ da	☐ ne
Tuberkuloza	☐ da	☐ ne
HIV infekcija / AIDS	☐ da	☐ ne
Zarazne bolesti (npr. MRSA)	☐ da	☐ ne
Zavisnost od droge	☐ da	☐ ne
Pušač/ica	☐ da	☐ ne

Da li ste trudna? ☐ da ☐ ne
 Ako da, u kom mesecu? mes.

Ostale bolesti: ☐ da ☐ ne

Alergije i netolerancije:

Lokalna anestezija / injekcije ☐ da ☐ ne
 Antibiotici ☐ da ☐ ne
 Analgetici ☐ da ☐ ne
 Ostalo: _____

Da li su Vam rađene rentgenske snimke zuba? ☐ da ☐ ne

Ako da, kada? _____

Imate li poteškoće pri žvakanju zbog nedostajućih zuba? ☐ da ☐ ne

Da li ste posetili lekara opšte prakse? ☐ da ☐ ne

Ako da, kog lekara? _____

Koje lekove redovno ili trenutno uzimate? _____ od _____
 _____ od _____
 _____ od _____

_____, datum _____ Potpis: _____