

FDI UPITNIK O ZDRAVLJU Pacijent osobno popunjava obrazac zaokružujući DA ili NE. Dodatna pojašnjenja i informacije dostupne su na upit.		Uneseni osobni podaci su povjerljivi i zaštićeni, pacijentov identitet neće biti dostupan javnosti u bilo kojem obliku. Potpisom dajem suglasnost da se svi podaci i popratni materijali (fotografije, RTG snimke, 3D skenovi i sl.) mogu koristiti u medicinsko-znanstvene, stručne ili obrazovne svrhe.	
OBRAZAC JE POPUNJEN DANA (DATUM)		SPOL M Ž	
PREZIME	IME	OIB	DATUM ROĐENJA
ADRESA		ZANIMANJE I GDJE RADITE	
TELEFON	MOBITEL	E-MAIL	
Kako ste saznali za Polikliniku a) web b) preporuka c) društvene mreže d) ostalo			
Glavni razlog dolaska			
Ime, adresa i telefon najbližeg srodnika			
MOLIMO ODGOVORITE NA SVA PITANJA			
Dajem pristanak da mi se medicinska i ostala dokumentacija šalje elektronskom poštom.		NE	DA
Dajem pristanak da me se kontaktira na telefonske brojeve i e-mail adresu koje sam dobrovoljno dao/la.		NE	DA
Želim primiti informacije o novim uslugama i posebnim ponudama.		NE	DA
Bolujete li od neke bolesti?		NE	DA
Ako da, od koje?			
Jeste li bili liječeni u zadnje dvije godine?		NE	DA
Ako da, od čega?			
Puno ime i telefon izabranog liječnika opće prakse			
Jeste li bili u bolnici u posljednje dvije godine?		NE	DA
Koje lijekove trenutno uzimate – povremeno ili konstantno?			
Jeste li osobno ili je neki član Vaše bliže obitelji imao problema s lokalnom ili općom anestezijom?		NE	DA
Jeste li alergični na neki lijek ili na nešto drugo?		NE	DA
Jeste li imali problema sa zgrušavanjem krvi?		NE	DA
Jeste li ikad bili zračeni u području glave i vrata (ne podrazumijeva RTG snimanje)?		NE	DA
Imate li neku zaraznu bolest?		NE	DA
Pušite li? Ako da, koliko?		NE	DA
Jeste li HIV pozitivni?		NE	DA
Jeste li ovisni o opojnim drogama? Ako da, koju opojnu drogu koristite?		NE	DA
ZA ŽENE			
Jeste li trudni?		NE	DA
Ako jeste, kad je predviđeni datum poroda?			
OZNAČITE BOLESTI (STANJA) KOJE IMATE ILI STE IMALI			
☐ Oštećenje srčanih zalisaka	☐ Endokarditis	☐ Epilepsija	☐ Alergijska bolest
☐ Urođene srčane mane	☐ Kronični kašalj	☐ Povećane žlijezde	☐ Virusni hepatitis
☐ Bronhiektazije	☐ Tuberkuloza (TBC)	☐ Čir u probavnom sustavu	☐ Astma
☐ Bolest štitnjače	☐ Artritis	☐ Visoki krvni tlak	☐ Leukemija
☐ Šećerna bolest	☐ Umjetni srčani zalistak	☐ Anemiju	☐ Oralna kandidijaza
☐ Upala sinusa	☐ Pacemaker	☐ Povećan očni tlak, glaukom	☐ Žutica
☐ Maligne bolesti (rak)	☐ Psihijatrijsko liječenje	☐ Spolne bolesti	☐ Kronični sekret iz pluća
Molimo da navedete sve druge bolesti i/ili stanja koja nisu navedena:			
POTPIS PACIJENTA		PROVJERIO LIJEČNIK	

U postupanju s osobnim podacima pridržavamo se svih obveza propisanih Općom uredbom o zaštiti osobnih podataka i poštujemo sva prava ispitaniku u skladu s Uredbom.

Upoznati smo s obvezom obavješćivanja nadzornog tijela AZOP i svih čiji podaci budu eventualno kompromitirani, odnosno sazna ih treća neovlaštena osoba, i to u roku od 72 sata.