

Upitnik za utvrđivanje anamneze - odrasli

(Molimo vas da odgovor označite križićem i predate ljekaru!)

Lični podaci, uključujući ZAB identifikacioni broj:

Datum:

Spol: muški ženski
 jedna osoba familija Nacionalnost: Trudnoća:..... mjesec

-
- | | | | |
|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | Da li ste bolesni? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 2. | Da li uzimate lijekove? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 3. | Da li ste vakcinisani protiv bolesti? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 4. | Da li Vam je urađen test kože na tuberkulozu? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 5. | Da li imate ili ste imali neku zaraznu bolest? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| | Sušicu (tuberkulozu)? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| | Hepatitis? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| | HIV? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| | Vodene kozice? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| | Ospice? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| | Rubeolu? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| | Difteriju? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| | Sifilis (lues)? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| | Ostale spolne bolesti? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| | Tifus, paratifus? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| | Koleru? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 6. | Da li imate bolove? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 7. | Da li imate ili ste u zadnjih 6 sedmica imali visoku temperaturu? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 8. | Da li imate jaki kašalj? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 9. | Da li imate mučninu ili povraćate? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 10. | Da li imate grčeve u stomaku ili proljev? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 11. | Da li imate krv u stolici? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 12. | Da li imate bolove kod urinisanja? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 13. | Da li imate osip po koži? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |

.....
Potpis

Napomena ljekara:

.....
Potpis ljekara

Upitnik za utvrđivanje anamneze - djeca

(Molimo vas da odgovore označite križićem i predate ljekaru!)

Lični podaci, uključujući ZAB identifikacioni broj:

Datum:

Spol: muški ženski Nacionalnost: Starost:.....

-
- | | | | |
|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | Da li je Vaše dijete bolesno? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 2. | Da li Vaše dijete uzima neke lijekove? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 3. | Da li je Vaše dijete vakcinisano protiv bolesti? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 4. | Da li je Vašem djetetu urađen test kože na tuberkulozu? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 5. | Da li Vaše dijete ima ili je imalo neku zaraznu bolest? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| | Sušicu (tuberkulozu)? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| | Hepatitis? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| | Vodene kozice? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| | Zauške? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| | Ospice? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| | Rubeolu? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| | Difteriju? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 6. | Da li Vaše dijete ima bolove? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 7. | Da li Vaše dijete ima visoku temperaturu? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 8. | Da li Vaše dijete ima jaki kašalj? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 9. | Da li Vaše dijete ima mučninu ili povraća? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 10. | Da li Vaše dijete ima bolove u stomaku ili proljev? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 11. | Da li Vaše dijete ima osip po koži? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |

.....
Potpis

Napomena ljekara:

.....
Potpis ljekara