

Upitnik za utvrđivanje anamneze - odrasli

(Molimo vas da odgovarajuće označite križićem i predate liječniku!)

Osobni podaci, uključujući ZAB identifikacijski broj:

Datum:

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

-
- | | | | |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | Jeste li bolesni? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 2. | Uzimate li lijekove? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 3. | Jeste li cijepljeni protiv bolesti? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 4. | Je li Vam napravljen test kože na tuberkulozu? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 5. | Imate li 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. | Imate li bolove? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 7. | Imate li ili ste u posljednjih 6 tjedana imali visoku temperaturu? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 8. | Imate li jaki kašalj? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 9. | Imate li mučninu, povraćate li? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 10. | Imate li grčeve u želucu ili proljev? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 11. | Imate li krv u stolici? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 12. | Imate li bolove prilikom uriniranja? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 13. | Imate li osip po koži? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |

.....
Potpis

Napomena liječnika:

.....
Potpis liječnika

Upitnik za utvrđivanje anamneze - djeca

(Molimo vas da odgovarajuće označite križićem i predate liječniku!)

Osobni podaci, uključujući ZAB identifikacijski broj:

Datum:

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

-
- | | | | |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | Je li Vaše dijete bolesno? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 2. | Uzima li Vaše dijete lijekove? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 3. | Je li Vaše dijete cijepljeno protiv bolesti? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 4. | Je li Vašem djetetu napravljen test kože na tuberkulozu? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 5. | Ima li ili je Vaše dijete 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"/> |
| | Mumps (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. | Ima li Vaše dijete bolove? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 7. | Ima li Vaše dijete visoku temperaturu? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 8. | Ima li Vaše dijete jaki kašalj? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 9. | Ima li Vaše dijete mučninu ili povraća? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 10. | Ima li Vaše dijete bolove u želucu ili proljev? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 11. | Ima li Vaše dijete osip po koži? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |

.....
Potpis

Napomena liječnika:

.....
Potpis liječnika