

## Upitnik za utvrđivanje anamneze - odrasli

(Molimo vas da odgovor označite krstićem i predate lekaru!)

Lični podaci, uključujući ZAB identifikacioni broj:

Datum: .....

Pol:            muški                ženski      
                 jedno lice                porodica                Nacionalnost: ..... Trudnoća:..... mesec

- 
- |     |   |                             |                             |
|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.  | Da li ste bolesni?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Da li uzimate lekove?   | 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"/> |
|     | Varičela?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Male boginje?   | 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 polne 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 proliv?                          | 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 lekara:

.....  
Potpis lekara

## Upitnik za utvrđivanje anamneze - deca

(Molimo vas da odgovore označite krstićem i predate lekaru!)

Lični podaci, uključujući ZAB identifikacioni broj:

Datum: .....

Pol:            muški                ženski                Nacionalnost: .....            Starost:.....

- 
- |     |  |                             |                             |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.  | Da li je Vaše dete bolesno?                            | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Da li Vaše dete uzima neke lekove?                     | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Da li je Vaše dete vakcinisano protiv bolesti?         | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Da li je Vašem detetu urađen test kože na tuberkulozu? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Da li Vaše dete 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"/> |
|     | Varičela?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Zauške?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Male boginje?  | 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 dete ima bolove?                            | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Da li Vaše dete ima visoku temperaturu?                | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Da li Vaše dete ima jaki kašalj?                       | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Da li Vaše dete ima mučninu ili povraća?               | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 10. | Da li Vaše dete ima bolove u stomaku ili proliv?       | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 11. | Da li Vaše dete ima osip po koži?                      | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |

.....  
Potpis

Napomena lekara:

.....  
Potpis lekara