



Allgemeiner Anamnesebogen – kroatisch -

BOLESNIČKI LIST

Name: Vorname: Geburtsdatum:
 Prezime: Ime: datum rođenja:

Adresa: Adresse:

Ist eine Versicherung vorhanden? Ja, bei nein
Dali ste zdravstveno osigurani? Ako da, koje osiguranje? Ne

Poštovana pacjente, poštovani pacijent ,
 Razne bolesti mogu imati utjecaj na vaše zubno liječenje. Molimo Vas da, iz tog razloga,
 vrlo točno ispunite ovaj upitni list. Sve što napisete podlježe čuvanju lječničke tajne i služi samo da
 omogućiti najbolju zubarsku intervenciju u skladu sa Vašim općim zdravstvenim stanjem.

(Molimo ispunite ili zaokružite ono sto odgovara)

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Dali redovno uzimate neke lijekove? <i>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</i> | Da | Ne |
| Ako da, navedite koje? <i>Wenn ja, welche?.....</i> | | |
| 2. Dali uzimate lijek protiv tromboze ili smanjenje gustoće krvi?
<i>Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen?</i> | Da | Ne |
| (Na primjer Marcumar, Pradaxa ili Xarelto)?
Ako da, navedite koje? <i>Wenn ja, welche?.....</i> | | |
| 3. Dali postoji neki lijek koji ne podnosite? <i>Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?</i> | Da | Ne |
| Ako da, koji? <i>Wenn ja, welche?</i> | | |
| 4. Dali naginjete alergijskim reakcijama? <i>Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?</i> | Da | Ne |
| – Kod nekih materijala? <i>Bei bestimmten Materialien?</i> | Da | Ne |
| – Kod nekih lijekova? <i>Bei bestimmten Arzneimitteln?</i> | Da | Ne |
| – Kod neke hrane? <i>Bei bestimmten Nahrungsmitteln?</i> | Da | Ne |
| 5. Dali imate alergiju na: <i>Haben Sie eine Allergie auf :</i> | | |
| – Penicilin? <i>Penicillinallergie?</i> | Da | Ne |
| – Preparate joda? <i>Jodallergie?</i> | Da | Ne |
| – Alergija na latex? <i>Latexallergie?</i> | Da | Ne |
| 6. Dali ste bolesni na srce ili ste kada imali neko srčano oboljenje?
<i>Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?</i> | Da | Ne |
| – Urođena ili stečena srčana greška? <i>Angeborener oder erworbener Herzfehler?</i> | Da | Ne |
| – Greška na srčanim zaliscima ili umjetni zalisci? <i>Herzklappenfehler o. -.Prothese?</i> | Da | Ne |
| – Upala srcane vrećice? <i>Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?</i> | Da | Ne |
| – Operacija srca? <i>Herzoperationen?</i> | Da | Ne |
| – Dali imate „Pacemaker“? <i>Haben Sie einen Herzschrittmacher?</i> | Da | Ne |

7. Dali bolujete ili ste kada bolovali od navedenih bolesti?
 Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?
- Infektivne-zarazne bolesti (Tuberkuloza, Hepatitis, SIDA-Aids)? *Infektionskrankheiten* Da Ne
 - Bolesti jetre? *Lebererkrankungen?* Da Ne
 - Bolesti srca (Infarkt, Angina pektoris)? *Herzerkrankungen?* Da Ne
 - Visoki krvni tlak? *Zu hoher Blutdruck?* Da Ne
 - Niski krvni tlak? *Zu niedriger Blutdruck?* Da Ne
 - Moždani udar (kap) *Schlaganfall?* Da Ne
 - Bolest bubrega? *Nierenerkrankungen?* Da Ne
 - Šećerna bolest? *Diabetes?* Da Ne
 - Bolest štitnjače (Guša) *Schilddrüsenerkrankung* Da Ne
 - Bolesti krvi ili poremećeno zgrušavanje *Blutkrankheit o. Blutgerinnungsstörung* Da Ne
 - Nervna oboljenja? *Nervenerkrankungen* Da Ne
 - Epileptični napadaji ili slično? *Epilepsie?* Da Ne
8. Dali ste u prošloj godini imali neku operaciju? *Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?* Da Ne
 Ako da, na kojem dijelu tijela? *Wenn ja, in welchem Körperbereich?*.....

9. Dali imate ili ste imali povredu na licu ili čeljusti? *Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?* Da Ne
10. Dali ste do sada injekciju kod zubara dobro podnosili? *Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?* Da Ne
11. Dali je nakon vađenja zuba, nešto kasnije ,došlo do jačeg krvarenja? *Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?* Da Ne
12. Dali je kod vas izvađen koji zub u procesu ljećenja neke druge bolesti *Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?* Da Ne
13. Kada ste zadnji puta bili snimani na Rendgen? *Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?*
 Koji dio tijela? *In welchem Körperbereich?*
14. **Kod žena:** *Bei Frauen:*
 Dali ste možda u trudnoći? *Besteht eine Schwangerschaft?* Da Ne
 Ako da, koji mjesec? *Wenn ja, in welchem Monat?*.....
15. Ime i adresa kućnog lječnika u mjestu boravka: *Name und Anschrift des Hausarztes:*

.....
 Mjesto, Datum
 Ort, Datum

.....
 Potpis pacijenta
 Unterschrift des Patienten