

## Vprašalnik o zdravju

### Spoštovane pacientke in pacienti!

Vljudno vas naprošamo, da izpolnite vprašalnik, s katerim bomo dobili boljši vpogled v vaše zdravstveno stanje. Podatki so zaupne narave in jih bo vaš zobozdravnik uporabljal izključno za medicinske namene.

Ime in priimek: \_\_\_\_\_ Naslov: \_\_\_\_\_

Spol: **M | Ž** Datum rojstva: \_\_\_\_\_ Poklic: \_\_\_\_\_ Zakonski stan: \_\_\_\_\_

Telefon / GSM: \_\_\_\_\_ Tel.št.najbližjega sorodnika: \_\_\_\_\_ E-pošta: \_\_\_\_\_

Če vprašalnik izpolnjuje druga oseba napišite njeno ime in priimek / tel.: \_\_\_\_\_

Kako ste izvedli za nas? (preko spletnega mesta, prijatelja itd.) \_\_\_\_\_

1. Ali bolehatе za kakšno boleznijo? Če da, za katero? _____	Da	Ne
2. Ste se v zadnjih dveh letih zdravili pri zdravniku? Če ste se, za katero bolezen je šlo? _____	Da	Ne
3. Ste se v zadnjih dveh letih zdravili v bolnišnici?	Da	Ne
4. Ali ste vi ali kdo v vaši družini imeli zaplete zaradi lokalne ali splošne anestezije?	Da	Ne
5. Ali imate kakšno nalezljivo bolezen?	Da	Ne
6. Ste bili kdaj zdravljeni z obsevanjem glave in vratu?	Da	Ne
7. Ste imeli kdaj težave s strjevanjem krvi?	Da	Ne
8. Ste alergični na kakšno zdravilo ali kaj drugega?	Da	Ne
9. Ste se v zadnjem času zdravili z bisfosfonati?	Da	Ne
10. Ali ste oddvisni od kakšnih drog? Če ja, od katerih?	Da	Ne
11. Ali imate protitelesa HIV?	Da	Ne
12. Za ženske. Ali ste noseči? Če ste noseči, kdaj pričakujete porod? _____	Da	Ne

13. Obkrožite, podčrtajte ali dopišite bolezni (stanja), ki ste jih imeli ali jih imate: \_\_\_\_\_

Okvara srčnih zaklopk	Umetna srčna zaklopka	Pljučni 'shunt'	Levkemija
Prirojene srčne okvare	Srčni pacemaker	Endokarditis	Anemija
Bronhiektazije	Psihiatrično zdravlje	Alerg. težave	Zlatenica
Bolezni ščitnice	Epilepsija (božjast)	Stalen kašelj	Glavkom
Diabetes (sladkorna)	Povečane bezgavke	Virusni hepat.	Ustna kandidiaza
Sinusitis	Gastrointestinal. Ulkus	TBC	Spolna bol.
Malignom (rak)	Visok krvni pritisk	Astma	Artritis

14. Katera zdravila jemljete redno in katera pogosto: \_\_\_\_\_

Prosimo, da sproti opozorite na vsako spremembo zdravstvenega stanja!

Pregledal/a: \_\_\_\_\_

Podpis pacienta: \_\_\_\_\_

S podpisom dajem privolitev za obdelavo svojih podatkov.

## Izjava

Ime in priimek: \_ \_ \_ \_ \_

Leto in datum rojstva: \_ \_ \_ \_ \_

Naslov prebivališča: \_ \_ \_ \_ \_

Pristanem na zobozdravniška zdravljenja in stomatoprotetično oskrbo na meni/mojem otroku\*, kot mi jih je predložil zobozdravnik.

Pristanem na anestezijo, za katero zobozdravnik meni, da je primerna za dogovorjeni poseg.

Seznanjen/a sem z dejstvom, da je uspeh posega odvisen od reakcije organizma, od zobozdravnika in vrste posega, od ravnanja bolnika neposredno pred in med posegom ter v času po posegu.

Seznanjen/a sem s tem, da se končni rezultat in učinek operacije/posega lahko oceni šele šest mesecev do eno leto po posegu.

Pristanem na fotografiranje, snemanja zaradi medicinske dokumentacije.

Pristanem na uporabo fotodokumentacije v medicinskoznanstvene, strokovne ali učne namene, pri kateri se širši javnosti ne bo odkrila pacientova identiteta.

Izjavljam, da sem v razgovoru z zobozdravnikom dobil vse želene informacije o posegu, za katerega sem se odločil.

Potrjujem, da sem s polnim razumevanjem, pri polni zavesti in svojevolsjno podpisal to izjavo.

Načrt posega je del medicinske dokumentacije pacienta.

\* za mladoletne osebe da pino soglasje roditelj / skrbnik

Datum: \_ \_ \_ \_ \_

Podpis pacienta: \_ \_ \_ \_ \_