

# Formular za pacijente

## Patientenerhebungsbogen

<b>Prezime:</b> Familiename:	_____	<b>Ime:</b> Vorname:	_____
<b>Datum rođenja:</b> Geburtsdatum:	_____	<b>Državljanstvo:</b> Staatsangehörigkeit:	_____
<b>Država/mesto rođenja:</b> Herkunftsland/-ort:	_____		
<b>Poznavanje jezika:</b> Sprachkenntnisse:	_____		

### Samo kod maloletnika: Staratelj

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

<b>Prezime:</b> Familiename:	_____	<b>Ime:</b> Vorname:	_____
<b>Datum rođenja:</b> Geburtsdatum:	_____	<b>Državljanstvo:</b> Staatsangehörigkeit:	_____

### Kontaktni podaci

Kontaktdaten

**Broj telefona/mobilnog telefona:** \_\_\_\_\_  
Telefon-/Handynummer:

**E-pošta:** \_\_\_\_\_  
E-Mail

**Sadašnja adresa (ul./ kuć. br. / mesto):** \_\_\_\_\_  
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort):

**Tel. br. prevodioca/tumača:** \_\_\_\_\_  
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers:

**Na sledeća pitanja o vašem zdravstvenom stanju odgovorite što tačnije!** Kod podataka se primenjuju lekarska tajna i odredbe zaštite podataka i s njima se postupa strogo poverljivo.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

<b>Bolest kardiovaskularnog sistema</b> Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein	<b>Jeste li možda trudni?</b> Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> da ja	<input type="checkbox"/> ne nein
<b>Poremećaji zgrušavanja krvi</b> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<b>Ako da, u kom mesecu?</b> Wenn ja, in welchem Monat?	.....mesec Monat	
<b>Napadi (epilepsija)</b> Anfallsleiden (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<b>Ostale bolesti:</b> Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
<b>Astma/plućne bolesti</b> Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....		
<b>Napadi nesvestice</b> Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....		
<b>Dijabetes/šećerna bolest</b> Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....		
<b>Bolesti jetre/hepatitis</b> Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....		
<b>Bolesti bubrega</b> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....		
<b>Reuma/artritis</b> Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	.....		
<b>Bolesti štitnjače</b> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<b>Alergije, odnosno intolerancije:</b> Allergien bzw. Unverträglichkeiten:		
<b>Tuberkuloza</b> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<b>Lokalna anestezija/injekcije</b> Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
<b>Infekcija HIV-om/stadijum AIDS-a</b> HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<b>Antibiotik</b>	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
<b>Zarazna bolest (npr. MRSA)</b> Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<b>Sredstva protiv bolova</b> Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
<b>Zavisnost od droge</b> Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<b>Ostalo:</b> .....		
<b>Pušač</b> Raucher	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Andere:		

**Jeste li već radili stomatološke rendgenske snimke?**

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

da  ne  
ja nein

Ako da, kada? .....

Wenn ja, wann?

Imate li poteškoća kada jedete hranu zato što vam nedostaju zubi?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

da  ne

**Jeste li već bili kod lečnika opšte prakse?**

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

da  ne

Ako da, kod kog lečnika? .....

Wenn ja, bei welchem Arzt?

**Koje lekove uzimate redovno, odnosno u momentu?**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... od .....

seit

..... od .....

..... od .....

....., dana .....

, den

Potpis: .....

Unterschrift: