

Obrazac anamneze

Ustanova i kontakt ordinacije

DATUM

Molimo ispunite obrazac prije pregleda. Zaokružite ili označite odgovor, a ako niste sigurni, ostavite prazno i recite liječniku.

1 Opći podaci

IME I PREZIME

DATUM ROĐENJA

SPOL

☐ M ☐ Ž

ADRESA

TELEFON

E-MAIL

ZANIMANJE

OIB

LIJEČNIK OBITELJSKE MEDICINE

OSOBA ZA KONTAKT U HITNOM SLUČAJU (IME, TELEFON)

VISINA (CM) I TEŽINA (KG)

2 Razlog dolaska

TEGOBE ILI RAZLOG POSJETA

KOLIKO DUGO TRAJU TEGOBE

DOSADAŠNJE LIJEČENJE I NALAZI

Trenutni simptomi: ☐ vrućica ☐ kašalj ☐ bol ☐ umor ☐ mučnina ☐ vrtoglavica ☐ gubitak apetita
☐ ostalo: _____

3 Alergije

Imate li alergije? ☐ ne ☐ da Ako da, na: ☐ lijekove ☐ hranu ☐ lateks ☐ ubode insekata
☐ ostalo

NA ŠTO TOČNO (NAZIV LIJEKA, HRANE, TVARI)

KAKVA JE BILA REAKCIJA

4 Kronične bolesti

☐ šećerna bolest ☐ povišeni krvni tlak ☐ bolesti srca ☐ astma ili bolesti pluća ☐ bolesti štitnjače
☐ bolesti bubrega ☐ bolesti jetre ☐ epilepsija ☐ depresija ili anksioznost ☐ poremećaj zgrušavanja krvi
☐ zloćudna bolest ☐ zarazna bolest (hepatitis, HIV) ☐ ostalo

NAPOMENA UZ BOLESTI (OD KADA, KONTROLE)

5 Lijekovi

Navedite sve lijekove koje uzimate, i one bez recepta, te dodatke prehrani.

Naziv lijeka ili dodatka	Doza	Koliko često	Od kada

6 Operacije, ozljede i boravci u bolnici

Godina	Operacija, ozljeda ili razlog boravka u bolnici	Napomena

Imate li ugrađen: ☐ elektrostimulator srca ☐ umjetni zglob ☐ metalni implantat ☐ ništa od navedenog

7 Obiteljska anamneza označite ako je bolest imao netko u užoj obitelji

Bolest	Majka	Otac	Braća i sestre	Djeca
Šećerna bolest	☐	☐	☐	☐
Povišeni krvni tlak	☐	☐	☐	☐
Bolesti srca	☐	☐	☐	☐
Moždani udar	☐	☐	☐	☐
Zloćudne bolesti	☐	☐	☐	☐
Ostalo: _____	☐	☐	☐	☐

8 Navike

Pušenje: ☐ ne ☐ da, ___ cigareta dnevno ☐ prestao/la
 Alkohol: ☐ ne ☐ povremeno ☐ redovito Tjelesna aktivnost: ☐ redovita ☐ povremena ☐ nikakva
 Prehrana: ☐ uravnotežena ☐ većinom brza hrana ☐ vegetarijanska ili veganska ☐ neredovita
 Trudnoća ili dojenje: ☐ da ☐ ne ☐ nije primjenjivo

9 Napomena

ŠTO JOŠ ŽELITE DA LIJEČNIK ZNA

10 Izjava i potpis

Potvrđujem da sam podatke upisao/la točno i prema najboljem znanju.

PACIJENT, RODITELJ ILI SKRBNIK (POTPIS, DATUM)

PREGLEDAO (IME, PREZIME, POTPIS)

PEČAT