

FDI UPITNIK O ZDRAVLJU		Uneseni osobni podaci su povjerljivi i zaštićeni, pacijentov identitet neće biti dostupan javnosti u bilo kojem obliku. Potpisom dajem suglasnost da se svi podaci i popratni materijali (fotografije, RTG snimke, 3D skenovi i sl.) mogu koristiti u medicinsko-znanstvene, stručne ili obrazovne svrhe.	
Pacijent osobno popunjava obrazac zaokružujući DA ili NE. Dodatna pojašnjenja i informacije dostupne su na upit.			
Obrazac je popunjen dana (datum)		Spol: <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/> M	
PREZIME	IME	OIB	DATUM ROĐENJA
Adresa		Zanimanje i gdje radite	
Telefon	Mobitel	E-mail	
Kako ste saznali za Polikliniku a) web b) preporuka c) društvene mreže d) kvart - blizina ordinacije			
Glavni razlog dolaska			
Ime, adresa i telefon najbližeg srodnika			
MOLIMO ODGOVORITE NA SVA PITANJA			
Dajem pristanak da mi se medicinska i ostala dokumentacija šalje elektronskom poštom.		NE	DA
Dajem pristanak da me se kontaktira na telefonske brojeve i e-mail adresu koje sam dobrovoljno dao/la.		NE	DA
Želim primiti informacije o novim uslugama i posebnim ponudama.		NE	DA
Bolujete li od neke bolesti?		NE	DA
Ako da, od koje?			
Jeste li bili liječeni u zadnje dvije godine?		NE	DA
Ako da, od čega?			
Puno ime i telefon izabranog liječnika opće prakse			
Jeste li bili u bolnici u posljednje dvije godine?		NE	DA
Koje lijekove trenutno uzimate – povremeno ili konstantno?			
Jeste li osobno ili je neki član Vaše bliže obitelji imao problema s lokalnom ili općom anestezijom?		NE	DA
Jeste li alergični na neki lijek ili na nešto drugo?		NE	DA
Jeste li imali problema sa zgrušavanjem krvi?		NE	DA
Jeste li ikad bili zračeni u području glave i vrata (ne podrazumijeva RTG snimanje)?		NE	DA
Imate li neku zaraznu bolest?		NE	DA
Pušite li? Ako da, koliko?		NE	DA
Jeste li HIV pozitivni?		NE	DA
Jeste li ovisni o opojnim drogama? Ako da, koju opojnu drogu koristite?		NE	DA
ZA ŽENE			
Jeste li trudni?		NE	DA
Ako jeste, kad je predviđeni datum poroda?			
OZNAČITE BOLESTI (STANJA) KOJE IMATE ILI STE IMALI			
<input type="checkbox"/> Oštećenje srčanih zalisaka	<input type="checkbox"/> Endokarditis	<input type="checkbox"/> Epilepsija	<input type="checkbox"/> Alergijska bolest
<input type="checkbox"/> Urođene srčane mane	<input type="checkbox"/> Kronični kašalj	<input type="checkbox"/> Povećane žlijezde	<input type="checkbox"/> Virusni hepatitis
<input type="checkbox"/> Bronhiektazije	<input type="checkbox"/> Tuberkuloza (TBC)	<input type="checkbox"/> Čir u probavnom sustavu	<input type="checkbox"/> Astma
<input type="checkbox"/> Bolest štitnjače	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Visoki krvni tlak	<input type="checkbox"/> Leukemija
<input type="checkbox"/> Šećerna bolest	<input type="checkbox"/> Umjetni srčani zalistak	<input type="checkbox"/> Anemiju	<input type="checkbox"/> Oralna kandidijaza
<input type="checkbox"/> Upala sinusa	<input type="checkbox"/> Pacemaker	<input type="checkbox"/> Povećan očni tlak, glaukom	<input type="checkbox"/> Žutica
<input type="checkbox"/> Maligne bolesti (rak)	<input type="checkbox"/> Psihijatrijsko liječenje	<input type="checkbox"/> Spolne bolesti	<input type="checkbox"/> Kronični sekret iz pluća
Molimo da navedete sve druge bolesti i/ili stanja koja nisu navedena:			
POTPIS PACIJENTA		PROVJERIO LIJEČNIK	

U postupanju s osobnim podacima pridržavamo se svih obveza propisanih Općom uredbom o zaštiti osobnih podataka i poštujemo sva prava ispitaniku u skladu s Uredbom.

Upoznati smo s obvezom obavješćivanja nadzornog tijela AZOP i svih čiji podaci budu eventualno kompromitirani, odnosno sazna ih treća neovlaštena osoba, i to u roku od 72 sata.