



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 pacijentice, 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? *Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?* Da Ne  
 Ako da, navedite koje? *Wenn ja, welche?.....*
  
2. Dali uzimate lijek protiv tromboze ili smanjenje gustoće krvi? Da Ne  
*Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen?*  
 (Na primjer Marcumar, Pradaxa ili Xarelto)?  
 Ako da, navedite koje? *Wenn ja, welche?.....*
  
3. Dali postoji neki lijek koji ne podnosite? *Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?* Da Ne  
 Ako da, koji? *Wenn ja, welche? .....*
  
4. Dali naginjete alergijskim reakcijama? *Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?* Da Ne
  - Kod nekih materijala? *Bei bestimmten Materialien?* Da Ne
  - Kod nekih lijekova? *Bei bestimmten Arzneimitteln?* Da Ne
  - Kod neke hrane? *Bei bestimmten Nahrungsmitteln?* Da Ne
  
5. Dali imate alergiju na: *Haben Sie eine Allergie auf :*
  - Penicilin? *Penicillinallergie?* Da Ne
  - Preparate joda? *Jodallergie?* Da Ne
  - Alergija na latex? *Latexallergie?* Da Ne
  
6. Dali ste bolesni na srce ili ste kada imali neko srčano oboljenje? Da Ne  
*Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?*
  - Urođena ili stečena srčana greška? *Angeborener oder erworbener Herzfehler?* Da Ne
  - Greška na srčanim zaliscima ili umjetni zalisci? *Herzklappenfehler o. -.Prothese?* Da Ne
  - Upala srcane vrećice? *Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?* Da Ne
  - Operacija srca? *Herzoperationen?* Da Ne
  - Dali imate „Pacemaker“? *Haben Sie einen Herzschrittmacher?* 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? *Da* Ne  
*Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?*
12. Dali je kod vas izvađen koji zub u procesu ljećenja neke druge bolesti *Da* Ne  
*Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?*
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