**Anamnestički upitnik**

Molimo Vas da odgovorite na pitanja istinito, koristiće se za procenu Vašeg zdravstvenog stanja.

1. **Identifikacioni podaci:**

Ime, prezime, titule:

JMBG:

Broj pasoša:

Zdravstveno osiguranje (društvo)

Adresa stalnog boravišta:

Adresa privremenog boravišta:

Poslodavac:

Prvi ulazak u Slovačku (datum):

Poslednji ulazak u Slovačku (datum):

Telefonski kontakt:

1. **Porodična anamneza (istorija bolesti):**

Navedite oboljenja (bolesti, tegobe) koja su bila u Vašoj porodici i bliskih srodnika (npr.: tuberkuloza, hepatitis A, B, C, HIV, druge zarazne bolesti, dijabetes, gojaznost, visoki krvni pritisak, visok holesterol, srčani udar, moždani udar, iznenadna smrt, alergije, astma, mentalni poremećaji, neurološke bolesti, rak, bolesti štitnjače, poremećaji sluha, oštećenja vida, itd.); kod rođaka koji više ne žive, navedite i starost u kojoj su umrli i uzrok smrti:

Majka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otac: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Brat - sestra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Deca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dede i babe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Lična anamneza:**

Navedite koje bolesti ste iskusili od detinjstva (npr. obične bolesti deteta, ozbiljne bolesti - npr. hronična oboljenja bolesti, zarazne bolesti / tuberkuloza, hepatitis A, B, C, HIV /), uključivši operacije, povrede, transfuzije krvi i bolnički smeštaj:

Oboljenje: Godina:

Oboljenje: Godina:

Oboljenje: Godina:

Operacije: Godina:

Operacije: Godina:

Operacije: Godina:

Povrede: Godina:

Povrede: Godina:

Povrede: Godina:

Transfuzija krvi: da/ne ako da, i godinu kada ste ju primili: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bez reakcije/uz reakciju (uvedite njeno ispoljavanje):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bolnički smeštaj: da/ne ako da, navedite i godinu i razlog:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Epidemiološka anamneza i putovanja:**

Navedite jeste li ste nedavno boravili u inostranstvu, posebno u trećim zemljama:

 da/ne ako da, navedite gde:

 Godina:

 Godina:

1. **Vakcinacija:**

Navedite kada ste vakcinisani protiv tetanusa? Godina:

Које ste druge vakcine dobili u zadnjem periodu?

Vakcinacija: Godina:

Vakcinacija: Godina:

1. **Alergijska anamneza:**

Lekovi: da/ne ako da, navedite na koje: \_\_\_\_\_

Hrana: da/ne ako da, navedite na što: - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hemikalije: da/ne ako da, navedite na koje: \_\_\_\_\_

Ubod insekata: da/ne ako da, navedite na koje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ostali alergeni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Uzimanje lekova:**

Navedite koje lekove koje uzimate redovno uključujući i doziranje:

 \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Koristite i dijetetske dodatke - suplemente / vitaminske preparate / fitofarmaceutike?

ako da navedite naziv i doziranje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Zavisnosti:**

Navedite koliko i što dnevno uzimate:

Kafa: \_\_ dnevno

Pušenje: cigareta: \_ dnevno elektronska cigareta: \_\_\_\_\_\_ dnevno

cigare: \_ dnevno lula: \_\_\_\_\_ dnevno

Ako pušite, jeste li pokušali da prestanete pušiti? da/ne

Alkohol (vrsta i količina): \_\_\_\_\_

Lekovi, osim onih koje redovno uzimate (koji i koliko često):

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Droge (koje i koliko često): \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_

Patološko kockanje: da/ne

1. **Fiziološke funkcije:**

Mokrenje bez teškoća: da/ne ako ne, navedite poteškoće: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stolica: oblikovana: da/ne smeđe boje: da/ne bez primesa krvi: da/ne

redovno: puta dnevno/nedeljno

Disanje bez teškoća: da/ne ako ne, navedite poteškoće: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bol u grudima: da/ne

Pokretljivost: bez ograničenja/s ograničenjem (navedite vrstu korišćenog pomagala:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bavite se sportom: da/ne ako da, navesti vrstu fizičke aktivnosti i njenu učestalost::

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visina: cm

Težina: kg

KS + Rh faktor navedite samo ako se može verifikovati dokumentom ili rezultatom ispitivanja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Socijalna i radna anamneza:**

Stanujete u kući / u kući bez barijera / u stanu sa liftom / u stanu bez lifta?

Uslovi stanovanja : zadovoljavajući/nezadovoljavajući

Držite domaće životinje ?

da/ne ako da, navedite koje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Završeno obrazovanje: osnovno/srednje/visoko

Socijalni status: zaposleni / nezaposleni / penzioner / invalidski penzioner / porodiljsko odsustvo

Navedite prethodno i sadašnje zaposlenje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Da li postoje ograničenja koja proizilaze iz oblasti socijalne zaštite ili obavljanja profesije, koje se odnose na Vaše zdravstveno stanje?

 da/ne ako da navedite koja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Spiritualna anamneza:**

Da li postoje ograničenja koja proizilaze iz Vaše veroispovesti, koja se odnose na pružanje zdravstvene zaštite?

 da/ne ako da navedite koja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Sadašnje tegobe:**

Da li se osećate zdravo? da/ne ako ne, navedite trenutne zdravstvene tegobe (npr.: bolovi, gubitak apetita, povišena telesna temperatura, proliv, itd.):

 \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Izjava:**

Na osnovu slobodne odluke, svesno izražavam svoj pristanak na obradu mojih ličnih podataka u skladu sa Zakonom br. 18/2018 Z. z. o zaštiti podataka o ličnosti, sa izmenama i dopunama.

Svojim potpisom potvrđujem da o svom zdravstvenom stanju ništa nisam prećutao i da su sve date informacije istinite.

Datum popune:

Ime, prezime, titula i potpis klijenta: