**VPRAŠALNIK O ZDRAVJUPO PRIPOROČILU FDI**

**Vljudno vas naprošamo, da izpolnite vprašalnik, s katerim bomo dobili boljši pogled v vaše zdravstveno stanje. Podatki so zaupne narave in jih bo vaš zobozdravnik uporabljal izključno za medicinske namene.**

|  |  |
| --- | --- |
| Ime in priimek: | Datum rojstva: |
| Poklic oz. izobrazba: | |
| Datum: | |
| E- naslov: | |
| Tel. številka, na kateri ste dosegljivi: | |

1. Ali bolehate za katero boleznijo? DA NE

Če da, za katero? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Ali ste se v zadnjih dveh letih zdravili pri zdravniku? DA NE

3. Če ste se zaradi katere bolezni ali stanja? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Ime in priimek osebnega zdravnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_\_

5. Ali ste se v zadnjih dveh letih zdravili v bolnišnici? DA NE

6. Katera zdravila jemljete redno in katera pogosto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Ali ste vi ali kdo v vaši družini imeli komplikacije, ko ste dobili lokalno ali splošno anestezijo? DA NE

8. Ali ste alergični na kakšno zdravilo ali snov? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Ali so pri vas kdaj nastopile motnje v strjevanju krvi? DA NE

10. Ali so vas kdaj zdravili z obsevanjem glave in vratu? DA NE

11. Ali imaste kakšno infekcijsko bolezen? DA NE

12. Ali ste kdaj dobili tranfuzijo krvi? DA NE

13. Ali bi lahko bili izpostavljeni virusu AIDS ( HIV)? DA NE

14. Ali imate protitelesa HIV? DA NE

15. **Ali ste preboleli bolezen Covid-19 ( koronavirus)  ?** DA NE NE VEM

**Če je odgovor DA : kdaj ?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ali ste bili testirani ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**naslednja stran**

16. Za ženske: Ali ste noseči? DA NE

Če ste noseči, kdaj pričakujete porod? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. Ali kadite ? Koliko\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DA NE

**Označite bolezni ali stanja , ki ste jih imeli ali jih imate:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * okvara srčnih zaklopk | * umetna srčna zaklopka | * pljučni »shunt« | * endokarditis |
| * prirojene srčne okvare | * srčni vzpodbujevalnik | * alergične težave | * stalni kašelj |
| * bronhiektezije | * prihiatrično zdravljenje | * virusni hepatitis | * TBC |
| * diabetis (sladkorna) | * epilepsija (božjast) | * astma | * artritis |
| * sinusitis | * povečane bezgavke | * levkemija | * anemija |
| * malignom (rak) | * gastrointestinalni ulkus | * zlatenica | * glavkom (zel.mrena) |
| * možganska kap | * visok krvni pritisk | * ustna kandidiaza | * spolna bolezen |
| * bolezni ščitnice | * srčni infarkt | * osteoporoza |  |

Bolezni, ki jih imate pa niso na vprašalniku:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S podpisom dajem privolitev za obdelavo svojih podatkov.

Podpis pacienta Podpis terapevta