**Patientenerhebungsbogen** (kroatisch)

**Upitnik za pacijente** (hrvatski)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientenkontaktdaten** | **Kontakt podaci pacijenta** |  |
| Familienname: | Prezime: |  |
| Vorname: | Ime: |  |
| Straße/Hausnummer: | Adresa: |  |
| PLZ/Wohnort: | Poštanski broj/Mjesto: |  |
| Geburtsdatum: | Datum rođenja: |  |
| Versichertenstatus: | Status osiguranika: |  |
| Liegt ein Pflegegrad vor?  Wenn ja, welcher? | Postoji li određeni stupanj skrbi?  Ako postoji, koji? | 🞏ja/da 🞏 nein/ne  🞏1 🞏2 🞏3 🞏4 🞏5 |
| **Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!** | **Sljedećih sedam podataka**  **nisu obavezni!** | |
| Telefonnummer (privat): | Telefonski broj (privatni): |  |
| Telefonnummer (mobil): | Telefonski broj (mobitel): |  |
| E-Mail: | Email: |  |
| Beruf: | Zanimanje: |  |
| Hausarzt/Name: | Obiteljski liječnik/Ime i prezime: |  |
| Hausarzt/Telefonnummer: | Obiteljski liječnik/Telefonski broj: |  |
| Hausarzt/Anschrift: | Obiteljski liječnik/Adresa: |  |

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!**

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

**Molimo odgovorite sljedeća pitanja o Vašem zdravstvenom stanju što točnije!** Podaci podliježu obvezi liječničke povjerljivosti i odredbama o zaštiti podataka, te će se sa njima postupati strogo povjerljivo.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Herz-/Kreislauferkrankungen** | **Kardiovaskularna oboljenja** | |  | |  | |
| Hoher Blutdruck: | Visoki krvni tlak: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| NiedrigerBlutdruck: | Niski krvni tlak: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Herzklappenfehler: | Smetnje srčanog zaliska: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Herzklappenersatz: | Zamjena srčanog zaliska: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Herzschrittmacher: | Elektrostimulator srca: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Endokarditis: | Endokarditis: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Herzoperation: | Operacija srca: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| **ImmunsupprimiertePatienten** | **Imunosuprimirani pacijenti** | |  | |  | |
| HochgradigeNeutropenie: | Neutropenija visokog stupnja: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Mukoviszidose-Erkrankung: | Cistična fibroza: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Organtransplantiert: | Transplantirani organ: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Stammzellentransplantiert: | Transplantirane matične stanice: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| **InfektiöseErkrankungen** | **Infektivna oboljenja** | |  | |  | |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS: | HIV infekcija/stadij SIDE: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Lebererkrankung/Hepatitis: | Oboljenje jetre/hepatitis: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Tuberkulose: | Tuberkuloza: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| MRSA: | MRSA: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/NeueVarianteder Creutzfeld-Jakob-Krankheit(vCJK): | Creutzfeld-Jakob-oboljenje (CJO)/Nova varijanta | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne | |
| **SonstigeKrankheitsbilder** | | **Ostala oboljenja** | |  | |  |
| Anfallsleiden (Epilepsie): | | Tegobe sa napadima (epilepsija): | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Asthma/Lungenerkrankung: | | Astma/oboljenje pluća: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Blutgerinnungsstörungen: | | Smetnje u zgrušavanju krvi: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Diabetes/Zuckerkrankheit: | | Šećerna bolest: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Drogenabhängigkeit: | | Ovisnost o drogama: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Nervenerkrankung: | | Oboljenje živaca: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Nierenerkrankungen: | | Oboljenje jetre: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Ohnmachtsanfälle: | | Napadi nesvjestice: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
| OsteoporoseErkrankung: | | Osteoporozno oboljenje: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Raucher: | | Pušač: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Rheuma/Arthritis: | | Reuma/artritis: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Schilddrüsenerkrankung: | | Oboljenje štitnjače: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
| SonstigeErkrankungen: | | Ostala oboljenja: | |  | |  |
| **Allergienbzw. Unverträglichkeiten** | | **Alergije odn. netolerancije** | |  | |  |
| Lokalanästhesie/Spritzen: | | Lokalna anestezija/injekcije: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Antibiotika: | | Antibiotici: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Schmerzmittel: | | Analgetici: | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Metalle/welche: | | Metali/koji: | |  | |  |
| **Schwangerschaft** | | **Trudnoća** | |  | |  |
| BestehteineSchwangerschaft? | | Jeste li trudni? | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Wenn ja, in welchem Monat? | | Ako jeste, u kojem ste mjesecu trudnoće? | | Monat: Mjesec: | |  |
| **Röntgen** | | **Rendgen snimanje** | |  | |  |
| Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? | | Jesu li kod Vas rađene stomatološke rendgen snimke? | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
| Wenn ja, wann? | | Ako jesu, kada? | | Monat/Jahr: Mjesec/godina: | |  |
| **Einnahme von Medikamenten** | | **Uzimanje lijekova** | |  | |  |
| WelcheMedikamente: | | Koji lijekovi: | | seit/od: | |  |
| WeitereMedikamente: | | Drugi lijekovi: | | seit/od: | |  |
| Nehmen Sie Bisphosphonate? | | Otkada/Uzimate li bisfosfonate? | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
|  | |  | | seit/od: | |  |
| Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? | | Od kada/Dobivate li medikamentnu kemoterapiju? | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
|  | |  | | seit/od: | |  |
| Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? | | Od kada/Dobivate li terapiju zračenjem zbog oboljenja raka? | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
|  | |  | | seit/od: | |  |
| Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? | | Od kada/Uzimate li visoko dozirane steroide/imunosupresive? | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
|  | |  | | seit/od: | |  |
| Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? | | Datum/Jesu li kod Vas izvršene veće operacije u bolnici? | | 🞏ja/da | | 🞏 nein/ne |
|  | |  | | Datum/dana: | |  |

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnärztin/Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Suglasan/suglasna sam da je kod opsežnih stomatoloških ili zubotehničarskih usluga, za koje moj/moja stomatolog/inja mora izvršiti plaćanje unaprijed prema zubotehničaru, eventualno potrebna provjera boniteta kod tvrtke za zaštitu kredita.

□ ja/da □ nein/ne

Ich erkläremichmit der elektronischenSpeicherung, Bearbeitung und Nutzungmeiner Daten zurAufnahme in das Recall-System einverstanden.

Suglasan/suglasnasam s elektroničkimspremanjem, obradomikorištenjemmojihpodatakaradiuvrštavanja u Recall-sustav.

□ ja/da □nein/ne

|  |
| --- |
| Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.  Obvezujem se na informiranje o svim promjenama koje se dogode tijekom cjelokupnog razdoblja moga tretmana. Nadalje se obvezujem na pridržavanje dogovorenih termina tretmana, odn. da ću iste otkazati najmanje 24 sata unaprijed. Poznato mi je, da će mi neotkazani, odn. nepravovremeno otkazani termini biti naplaćeni. |

............................................. , den ...................................... Unterschrift: .....................................................

............................................. , dana..................................... Potpis:........................................................