COSMO
CHIRURGIA

tel: + 385 1 4873 023
e-mail: info@cosmochirurgia.hr
Adresa: Gradišćanska 34, 10 000 Zagreb

ZDRAVI SVAKOG DANA, LIJEPI ZAUVIJEK!

IME: _____

PREZIME: _____

DATUM ROĐENJA: _____

Telefon: _____

Adresa: _____

E-mail: _____

Opće napomene: _____

UPITNIK O ZDRAVSTVENOM STANJU

Molimo Vas da pažljivo pročitate i iskreno odgovorite na pitanja. Podaci su važni za planiranje terapije i daljnji tijek liječenja. Svi podaci su strogo povjerljivi i dostupni isključivo medicinskom osoblju poliklinike.

1. Jeste li alergični na lijekove? □ DA □ NE
   Ako da, na koje: _____
2. Uzimate li neke lijekove? □ DA □ NE
   Ako da, koje: _____
3. Jeste li ikada imali produženo krvarenje? □ DA □ NE
4. Imate li ili se liječite od hematološkog oboljenja? □ DA □ NE
   Ako da, kojeg: _____

Jeste li ikada imali ili imate:

- epilepsiju □ DA □ NE
- moždani udar □ DA □ NE
- infarkt miokarda □ DA □ NE
- povišen krvni tlak □ DA □ NE
- reumatsku groznicu □ DA □ NE
- oštećene srčane zaliske □ DA □ NE

COSMO CHIRURGIA

tel: + 385 1 4873 023
e-mail: info@cosmochirurgia.hr
Adresa: Gradišćanska 34, 10 000 Zagreb

- ugrađene umjetne zaliske □ DA □ NE
- ugrađeni pacemaker □ DA □ NE
- bronhijalnu astmu □ DA □ NE
- tuberkulozu □ DA □ NE
- povišenu razinu šećera / dijabetes □ DA □ NE
- hipertireozu □ DA □ NE
- drugo endokrino oboljenje: _____
- bubrežno oboljenje □ DA □ NE
- ulkus na želucu ili dvanaesniku □ DA □ NE
- virusni hepatitis □ DA □ NE
- HIV □ DA □ NE
- lupus □ DA □ NE
- shizofreniju ili psihozu □ DA □ NE
- drugo oboljenje koje nije navedeno: _____

5. Uzimanje narkotika □ DA □ NE
6. Jeste li trudni? □ DA □ NE
7. Dojite li? □ DA □ NE
8. Pušite li cigarete, lulu ili e-cigarete? □ DA □ NE

SUGLASNOST PACIJENTA

Upoznat/a sam da prema Zakonu o zaštiti prava pacijenata Republike Hrvatske imam pravo na pravovremene i jasne informacije o predloženoj medicinskoj intervenciji, uključujući dijagnozu, cilj i očekivane koristi, trajanje, moguće posljedice provedbe ili neprovođenja zahvata, kao i moguće nuspojave lijekova koje mi je liječnik propisao.

Upoznat/a sam da je potreban moj pismeni pristanak za izvođenje intervencije i da mogu odustati prije početka zahvata. Upoznat/a sam o mogućim komplikacijama, uključujući krvarenje, infekciju, produženo zacjeljivanje rane, asimetriju, kroničnu bol, smanjen osjet i pojavu ožiljaka.

Slažem se da se u cilju medicinske dokumentacije mogu izrađivati fotografije i videozapisi, koji se mogu koristiti u naučno-medicinske i marketinške svrhe, uz poštivanje GDPR-a i zaštite osobnih podataka.

COSMO
CHIRURGIA

tel: + 385 1 4873 023
e-mail: info@cosmochirurgia.hr
Adresa: Gradišćanska 34, 10 000 Zagreb

Potpis pacijenta: _____

Potpis liječnika: _____

Datum: _____