

Liebe Patientin! Lieber Patient!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und genau aus und bringen Sie ihn zu Ihrem ersten Termin mit.

Poštovana pacijentkinjo! Poštovani pacijente!

Molimo vas da ovaj upitnik popunite u potpunosti i tačno i ponesete ga sa sobom na prvi pregled.

Podvucite svoj odgovor, gde Ja znači Da, nein znači Ne

1. Hatten Sie außer an Blinddarm und Mandeln eine Operation? ja nein
Welche und wann?

Da li ste imali operaciju, osim slepog creva i krajnika? Koju i kada?

.....
.....
.....

2. Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung? Ja nein
Welche und wann oder seit wann?

Da li ste imali ili imate rak? Koji i kada, ili od kada?

.....
.....

3. Hatten Sie einen Herzinfarkt? ja nein
Wann?

Da li ste imali srčani udar, infarkt? Kada?

.....

4. Hatten Sie einen Schlaganfall? Ja nein
Wann?

Da li ste imali moždani udar? Kada?

.....

5. Hatten Sie eine Thrombose oder einen Lungeninfarkt? Ja nein
Welches und wann?

Da li ste imali trombozu ili plućni infarkt? Koji i kada?

.....

6. Leiden Sie unter erhöhtem Blutdruck? Ja nein
Seit wann?

Da li imate povišen krvni pritisak? Od kada?

.....

7. Sind Sie zuckerkrank? Ja nein
Seit wann?

Da li imate dijabetes? Od kada?

.....

8. Leiden Sie unter Asthma? Ja nein
Seit wann?

Da li imate astmu? Od kada?

.....

- | | | |
|---|----|------|
| 9. Leiden Sie an einer chronischen oder angeborenen Erkrankung?
z.B. Herz-, Leber-, Magen-, Darm-, Nieren- Hauterkrankung,
Blutungskrankheit, chronische Polyarthritis, seelische Erkrankung
Welche und seit wann? | Ja | nein |
|---|----|------|

Da li imate hronično ili urođeno oboljenje?

**Na primer: oboljenje srca, jetre, želuca, creva, bubrega, kože,
bolest krvarenja, hronični poliartritis, psihičko oboljenje.**

Koje i od kada?

.....

.....

.....

- | | | |
|--|----|------|
| 10. Haben Sie Metallteile im Körper?
z.B. Klammern nach Gallen- oder Herz-OP, künstliche Gelenke,
Nägel oder Schrauben nach Knochenbruch, Metallsplitter, Spirale,
Zahnimplantate
Welche und wo? | ja | nein |
|--|----|------|

**Da li imate metalne delove u telu? Na primer, kopče nakon operacije žučne kese ili srca,
veštačke zglobove, eksere ili šrafove nakon preloma kosti, metalne opiljke, spiralu,
dentalne implantate.**

Koje i gde?

.....

.....

- | | | |
|--|----|------|
| 11. Haben Sie einen Herzschrittmacher oder ein anderes eingesetztes
elektronisches Gerät (Defibrillator, Nervenstimulator, Tiefenhirnstimulation) ja
Welches? Seit wann? | ja | nein |
|--|----|------|

**Da li imate pejsmejker ili drugi ugrađeni elektronski uređaj? Elektronski uređaji
(defibrilator, nervni stimulator, duboka moždana stimulacija)?**

Koji? Od kada?

.....

- | | | |
|---|----|------|
| 12. Nehmen Sie ständig oder vorübergehend Medikamente (auch Spritzen
und Infusionen)?
Welche? | ja | nein |
|---|----|------|

Da li stalno ili privremeno uzimate lekove (uključujući injekcije i infuzije)?

Koje?

.....

.....

.....

- | | | |
|---|----|------|
| 13. Nehmen Sie gerinnungshemmende (blutverdünnende) Medikamente?
z.B. Marcoumar, Sintrom, Plavix, Xarelto, Eliquis, Pradaxa oder Spritzen?
Welches? | Ja | nein |
|---|----|------|

Da li uzimate lekove koji sprečavaju zgrušavanje krvi (lekove za razređivanje krvi)?

Na primer, Marcoumar, Sintrom, Plavix, Xarelto, Eliquis, Pradaxa ili injekcije?

Koje?

.....

14. Leiden oder litten Sie an einer Infektionskrankheit wie Hepatitis B, C, Tuberkulose, HIV, MRSA? Ja nein
Welche und wann/seit wann?

Da li ste imali ili imate neku zaraznu bolest kao što su hepatitis B, C, tuberkuloza, HIV, MRSA?
Koju i kada/od kada?
.....

15. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Neigen Sie zu Ausschlägen? Ja nein
Welche?

Da li su vam poznate alergije? Koje i na šta? Da li ste skloni osipima?
.....

16. Hatten Sie jemals Epilepsie (Krampfanfälle?) ja nein
Seit wann? Wann zuletzt?

Da li ste ikada imali epilepsiju (napade)?
Od kada? Kada je bio poslednji napad?
.....

17. Haben Sie jemals eine Physikalische Therapie schlecht vertragen? Ja nein
Welche?

Da li ste ikada imali problema nakon fizioterapije ili ste neku proceduru loše podnosili? Navedite koju.
.....

18. Für Frauen: Sind Sie schwanger? Ja nein
Za žene: Da li ste trudni?

19. Ist bei Ihnen Osteoporose bekannt? Ja nein
Nehmen Sie Medikamente dafür und welche?

Da li vam je poznata osteoporoza?
Da li uzimate lekove za to i koje?
.....

20. Hatten Sie Knochenbrüche? Ja nein
Welche und wann?

Da li ste imali prelome kostiju? Koje, kada i gde?
.....
.....

21. Leiden Sie unter Krampfadern? Ja nein
Da li imate proširene vene?

NameGeburtsdatum.....

Ime i prezime

Datum rođenja

Datum.....Unterschrift.....

Datum

Potpis