

(serbisch)

## Formular za pacijente Patientenerhebungsbogen

**Prezime:** \_\_\_\_\_  
Familiename: \_\_\_\_\_  
**Datum rođenja:** \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
**Država/mesto rođenja:** \_\_\_\_\_  
Herkunftsland/-ort: \_\_\_\_\_  
**Poznavanje jezika:** \_\_\_\_\_  
Sprachkenntnisse: \_\_\_\_\_

**Ime:** \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
**Državljanstvo:** \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

### Samo kod maloletnika: Staratelj

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter

**Prezime:** \_\_\_\_\_  
Familiename: \_\_\_\_\_  
**Datum rođenja:** \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Ime:** \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
**Državljanstvo:** \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

### Kontaktni podaci

Kontaktdaten

**Broj telefona/mobilnog telefona:** \_\_\_\_\_  
Telefon-/Handynummer: \_\_\_\_\_

**E-pošta:** \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Sadašnja adresa (ul./ kuć. br. / mesto):** \_\_\_\_\_  
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): \_\_\_\_\_

**Tel. br. prevodioca/tumača:** \_\_\_\_\_  
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers: \_\_\_\_\_

**Na sledeća pitanja o vašem zdravstvenom stanju odgovorite što tačnije!** Kod podataka se primenjuju lekarska tajna i odredbe zaštite podataka i s njima se postupa strogo poverljivo.

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.

**Bolest kardiovaskularnog sistema**  da  ne  
Herz-/Kreislaufkrankung ja nein

**Poremećaji zgrušavanja krvi**  da  ne  
Blutgerinnungsstörungen

**Napadi (epilepsija)**  da  ne  
Anfallsleiden (Epilepsi)

**Astma/plućne bolesti**  da  ne  
Asthma/Lungenerkrankungen

**Napadi nesvestice**  da  ne  
Ohnmachtsanfälle

**Dijabetes/šećerna bolest**  da  ne  
Diabetes/Zuckerkrankheit

**Bolesti jetre/hepatitis**  da  ne  
Lebererkrankung/Hepatitis

**Bolesti bubrega**  da  ne  
Nierenerkrankungen

**Reuma/artritis**  da  ne  
Rheuma/Arthritis

**Bolesti štitnjače**  da  ne  
Schilddrüsenerkrankung

**Tuberkuloza**  da  ne  
Tuberkulose

**Infekcija HIV-om/stadijum AIDS-a**  da  ne  
HIV-Infektion/Stadium AIDS

**Zarazna bolest (npr. MRSA)**  da  ne  
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)

**Zavisnost od droge**  da  ne  
Drogenabhängigkeit

**Pušač**  da  ne  
Raucher

**Jeste li možda trudni?**  da  ne  
Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

**Ako da, u kom mesecu?** .....mesec  
Wenn ja, in welchem Monat? Monat

**Ostale bolesti:**  da  ne  
Sonstige Erkrankungen

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

### Alergije, odnosno intolerancije:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

**Lokalna anestezija/injekcije**  da  ne  
Lokalanästhesie/Spritzen

**Antibiotik**  da  ne  
Antibiotika

**Sredstva protiv bolova**  da  ne  
Schmerzmittel

**Ostalo:** .....  
Andere: .....

**Jeste li već radili stomatološke rendgenske snimke?**

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

da  ne  
ja nein

Ako da, kada? .....

Wenn ja, wann?

Imate li poteškoća kada jedete hranu zato što vam nedostaju zubi?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

da  ne

**Jeste li već bili kod lečnika opšte prakse?**

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?

da  ne

Ako da, kod kog lečnika? .....

Wenn ja, bei welchem Arzt?

**Koje lekove uzimate redovno, odnosno u momentu?**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... od .....

seit

..... od .....

..... od .....

..... , dana .....

, den

Potpis: .....

Unterschrift: