

Temeljem članka 241. stavak 2. Kaznenog zakona («NN», br. 110/97.), pristajem da doktor stomatologije \_\_\_\_\_, u svojoj stomatološkoj ordinaciji u \_\_\_\_\_, poduzima kirurške i druge medicinske zahvate na mome tijelu te u tu svrhu dajem slijedeću

## IZJAVU

Ime i prezime : \_\_\_\_\_  
Datum rođenja : \_\_\_\_\_  
JMBG : \_\_\_\_\_  
Adresa : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

1. Pristajem na stomatološko liječenje i stomatoprotetski nadomjestak na meni/mojem djetetu, kako mi je predložio doktor stomatologije.
2. Pristajem na anesteziju, za koju doktor stomatologije smatra da je sukladna dogovorenom zahvatu.
3. Upoznat/a/ sam s činjenicom da uspjeh zahvata ovisi o reakciji organizma, o doktoru stomatologije i vrsti zahvata, o ponašanju bolesnika neposredno prije, za vrijeme zahvata i nakon zahvata.
4. Upoznat/a/ sam s time da se završni rezultat i učinak operacije/zahvata može ocijeniti šest mjeseci do godinu dana nakon zahvata.
5. Pristajem na fotografiranje i snimanje, radi medicinske dokumentacije.
6. Pristajem na uporabu fotodokumentacije u medicinsko-znanstvene, stručne ili obrazovne namjene, pri čemu široj javnosti neće biti otkriven identitet bolesnika.
7. Izjavljujem da sam od doktora stomatologije dobio/la/ sve željene obavijesti o zahvatu za koji sam se odlučio/la/.
8. Potvrđujem da sam sve razumio/jela/ te da sam pri punoj svijesti i svojevrijem potpisao/la/ ovu izjavu.
9. Plan terapije dio je medicinske dokumentacije bolesnika.

(Za maloljetne osobe suglasnost potpisuje roditelj/skrbnik)

Datum :

Potpis bolesnika :

\_\_\_\_\_

## UPITNIK O ZDRAVLJU PO PREPORUCI FDI 1998

Bolesnik neka osobno ispuni Upitnik zaokruživanjem DA ili NE. Pri mogućim nejasnoćama neka zamoli pomoć.  
Podaci su tajni i služe samo za medicinsku namjenu.

Datum popunjavanja upitnika : \_\_\_\_\_ Ime i prezime : \_\_\_\_\_

Datum rođenja : \_\_\_\_\_ Spol : \_\_\_ Zanimanje : \_\_\_\_\_

Adresa : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Telefon : \_\_\_\_\_

Ime, adresa i telefon najbližeg srodnika : \_\_\_\_\_

Ako upitnik ispunjava druga osoba napišite njeno ime i prezime : \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Molimo Vas da odgovorite na sva pitanja .

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. Bolujete li od neke bolesti ?   | NE | DA |
| 2. Ako da, od koje ?   |    |    |
| 3. Da li Vas je u posljednje dvije godine liječio doktor medicine ?                              | NE | DA |
| 4. Ako jest, od koje bolesti ?   |    |    |
| 5. Ime, prezime i telefon Vašeg doktora medicine   |    |    |
| 6. Jeste li se u posljednje dvije godine liječili u bolnici ?                                    | NE | DA |
| 7. Koje lijekove uzimate - ponekad ili stalno ?  |    |    |
| 8. Jeste li Vi ili netko u Vašoj obitelji imali komplikacija pri lokalnoj ili općoj anesteziji ? | NE | DA |
| 9. Jeste li alergični na neki lijek ili na nešto drugo ?   |    |    |
| 10. Je li u Vas ikad primijećen poremećaj zgrušavanja krvi ?                                     | NE | DA |
| 11. Jesu li Vas ikad liječili zračenjem glave ili vrata ?  | NE | DA |
| 12. Imate li nekakvu infektivnu bolest ?   | NE | DA |
| 13. Jeste li ikad primili transfuziju krvi ?   | NE | DA |
| Navedite tip i datum   |    |    |
| 14. Jeste li bili izloženi virusu AIDS-a (HIV) ?   | NE | DA |
| 15. Jeste li HIV seropozitivni ?   | NE | DA |
| 16. Za žene. Jeste li trudni ?   | NE | DA |
| Ako jeste kada očekujete porod ?   |    |    |

\*\*\*\*\*

17. Označite s X bolesti (stanja) što ste ih imali ili imate .

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> mane srčanih zalistaka | <input type="checkbox"/> endokarditis             | <input type="checkbox"/> epilepsija (padavica)    | <input type="checkbox"/> alergične teškoće |
| <input type="checkbox"/> urođene srčane mane    | <input type="checkbox"/> stalni kašalj            | <input type="checkbox"/> povećane žlijezde        | <input type="checkbox"/> virusni hepatitis |
| <input type="checkbox"/> bronhiektazije         | <input type="checkbox"/> TBC                      | <input type="checkbox"/> gastrointestinalni ulkus | <input type="checkbox"/> astma             |
| <input type="checkbox"/> bolesti štitnjače      | <input type="checkbox"/> artritis                 | <input type="checkbox"/> visoki krvni tlak        | <input type="checkbox"/> leukemija         |
| <input type="checkbox"/> diabetes (šećerna b.)  | <input type="checkbox"/> umjetni srčani zalistak  | <input type="checkbox"/> anemija                  | <input type="checkbox"/> usna kandidijaza  |
| <input type="checkbox"/> sinusitis              | <input type="checkbox"/> srčani pacemaker         | <input type="checkbox"/> glaukom                  | <input type="checkbox"/> žutica            |
| <input type="checkbox"/> malignom (rak)         | <input type="checkbox"/> psihijatrijsko liječenje | <input type="checkbox"/> spolna bolest            | <input type="checkbox"/> plućni ispljuvak  |

Molimo napišite naziv bolesti koju imate, a nije upisana u Upitnik \_\_\_\_\_

Potpis : \_\_\_\_\_

Pregledao : \_\_\_\_\_