

Osebna anamneza

Anamnezo izpolni pacient pred pregledom ali posegom.

Mobilna telefonska številka: _____

Osebni zdravnik: _____

Datum zadnjega obiska: _____

Priimek in ime: _____

Datum rojstva: _____

Naslov: _____

Prejšnje bolezniBolezni prebavil: ne da katere: _____Bolezni sečil: ne da katere: _____Nevrološko-psihiatrične: ne da katere: _____Bolezni srca: ne da katere: _____Bolezni pljuč: ne da katere: _____Zlatenica: ne da od kdaj: _____ A B C drugaDrugo: ne da katere: _____Trasfuzija v zadnjih šestih mesecih: ne daKrvavitve pri operacijah: ne daSlabokrvnost: ne daHibe: ne da katere: _____**Predhodne operacije**Na trebuhu: ne da katere: _____Drugo: ne da katere: _____**Pregledi**Opravljen ultrazvočni pregled: ne da kdaj nazadnje: _____Opravljen gastrokopija: ne da kdaj nazadnje: _____Opravljen koloskopija: ne da kdaj nazadnje: _____**Zdravila:**Trenutna zdravila, ki jih prejimate in odmerki: Zdravila proti strjevanju krvi: ne da

Zdravilo: _____ Kako pogosto: _____ Koliko časa: _____

Zdravilo: _____ Kako pogosto: _____ Koliko časa: _____

Zdravilo: _____ Kako pogosto: _____ Koliko časa: _____

Zdravilo: _____ Kako pogosto: _____ Koliko časa: _____



Preventiva

Cepljenje proti hepatitisu B: ne da kdaj: _____

Cepljenje proti hepatitisu A: ne da kdaj nazadnje: _____

Zadnji pregled pri urologu: kdaj: _____

Ali ste noseči: ne da Ali dojite? ne da

Zadnji pregled pri ginekologu: kdaj: _____

Prehrambene navade

Ali uravnavate svojo težo? ne da kako: _____

Koliko tekočine zaužijete dnevno (v litrih)? _____

Razvade

Kajenje cigaret? ne da koliko na dan: _____ kako dolgo (v letih)?: _____

Pitje alkohola? ne da priložnostno dnevno vrsta alkohola? _____

Prosimo Vas, da prinesete s seboj:

- Izvide specialistov morebitnih spremljajočih bolezni (npr. sladkorna bolezen, antitrombotično zdravljenje, internistični izvidi itd.);
- Pri kontrolnih pregledih preverite veljavnost napotnice, ki je napisana na izvidu desno zgoraj;
- Izpolnjene obrazce, ki smo jih priložili.

Deset dni pred pregledom boste prejeli sms sporočilo, ki vas bo spomnilo na datum in uro pregleda ter vas opomnilo na morebitno neopravičeno odsotnost.

V želji, da bi zagotovili nemoten potek dela skladno z določili Zakona o pacientovih pravicah (Ur. l. RS št. 55/2017) in Pravilnika o naročanju in upravljanju s čakalnimi seznamami ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Ur. l. RS št. 3/2018) ter Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, vas vljudno prosimo, da upoštevate sledeča navodila:

- Brez navajanja razlogov lahko termin odpoveste (prenaročilo) najpozneje 10 dni pred izvedbo zdravstvene storitve, in sicer le enkrat v okviru iste napotitve in le v okviru napotitve s stopnjo nujnosti hitro ali redno.
- Poznejša odpoved termina je dopustna le iz vaših objektivnih razlogov, pri čemer ste dolžni razlog za odpoved sporočiti pisno. Objektivni razlogi so: nepričakovana hospitalizacija pacienta ali ožjega družinskega člana, ki onemogoča prihod pacienta na termin ali izvedbo zdravstvene storitve; nenadna bolezen, poškodba ali zdravstveno stanje pacienta ali ožjega družinskega člana, ki onemogoča prihod pacienta na termin ali izvedbo zdravstvene storitve; smrt ožjega družinskega člana.

Če na določen termin ne boste prišli oz. termina ne boste odpovedali v skladu s prejšnjim odstavkom, smo vas dolžni črtati s čakalnega seznama, pri čemer bo vaša napotnica prenehala veljati.

Z Vašim podpisom zagotavljate resničnost zgoraj navedenih podatkov in s tem prispevate k uspešnejšemu zdravljenju.

S podpisom dajete tudi **privolitev** (na podlagi tretjega in četrtega odstavka 44. člena Zakona o pacientovih pravicah) za obdelavo svojih zdravstvenih in drugih osebnih podatkov za potrebe zdravstvene oskrbe. Najlepša hvala.

Datum in kraj: _____

Podpis pacienta ali zakonitega zastopnika: _____

Podpis zdravnika, ki je anamnezo pregledal in prevzel: _____