



Osebna anamneza

Anamnezo izpolni pacient pred pregledom ali posegom.

Mobilna telefonska številka: _____

Osebni zdravnik: _____

Datum zadnjega obiska: _____

Priimek in ime: _____

Datum rojstva: _____

Naslov: _____

Pridružene bolezni

Bolezni 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 (hepatitis): ☐ ne ☐ da od kdaj: _____ ☐ A ☐ B ☐ C ☐ druga

Bolezni ožilja: ☐ ne ☐ da katere: _____

Sladkorna bolezen (diabetes): ☐ ne ☐ da Tip I / tip II Tablete ne da Insulin ne da

Visok krvni pritisk (arterijska hipertenzija): ☐ ne ☐ da

Drugo: ☐ ne ☐ da katere: _____

Trasfuzija v zadnjih šestih mesecih: ☐ ne ☐ da

Slabokrvnost: ☐ ne ☐ da

Hibe: ☐ ne ☐ da katere: _____

Predhodne operacije

Na trebuhu: ☐ ne ☐ da katere: _____

Drugo: ☐ ne ☐ da katere: _____

Krvavitve pri operacijah: ☐ ne ☐ da

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 Ime zdravila: _____

Zdravilo: _____ Kako pogosto: _____ Koliko časa: _____

Zdravilo: _____ Kako pogosto: _____ Koliko časa: _____

Zdravilo: _____ Kako pogosto: _____ Koliko časa: _____

Zdravilo: _____ Kako pogosto: _____ Koliko časa: _____

Alergije na zdravila: _____ drugo: _____

OBRNITE STRAN



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: _____

Predhodna udeležba v programu SVIT ☐ ne ☐ da kdaj: _____
(državni program za ugotavljanje in
preprečevanje raka na debelem črevesu
in danki)

Prehrambene navade

Telesna višina: _____ cm Telesna teža: _____ kg

Ali uravnavate svojo težo? ☐ ne ☐ da kako: _____

Koliko tekočine zaužijete dnevno (v litrih)? _____

Razvade

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

Uživanje 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: _____

OBRNITE STRAN