

Uvodno obraćanje

Poštovana pacijentice, Poštovani pacijente

Pred vama je liječenje, pretraga ili operativni zahvat u općoj ili regionalnoj anesteziji. Kako bismo vam pružili maksimalnu sigurnost i brigu, potrebne su nam točne informacije o vašem zdravstvenom stanju. Zahvaljujemo što ćete pažljivo ispuniti ovaj upitnik i pravovremeno nam ga vratiti.

OSOBNİ PDODACI

Prezime:		Ime:	
Datum rođenja:	Telefon:	Visina:	Težina:
Liječnik obiteljske medicine (Ime, mjesto, telefon):			

PANIRANI ZAHVAT/OPERACIJA:	Datum zahvata:
----------------------------	----------------

RANIJI ZAHVATI/OPERACIJE	DA	NE
Jeste li već imali anesteziju?	☐	☐
Ako DA, koja vrsta anestezije?		
Jesu li pri prethodnim anestezijama nastale poteškoće?	☐	☐
Ako DA, koje?		
Jesu li kod krvnih srodnika zabilježeni problemi povezani s anestezijom?	☐	☐
Ako DA, koje?		

VAŠE TRENUTNO ZDRAVSTVENO STANJE	DA	NE
Osjećate li se trenutno zdravo i sposobno za napor?	☐	☐
Možete li bez zadihanosti savladati dva kata stepenica?	☐	☐
Visoki krvni tlak (označiti DA i ako je terapijski dobro reguliran)?	☐	☐
Srčane bolesti (angina pectoris, infarkt, stentovi, srčana slabost, bolesti zalistaka, stanje nakon operacije srca, nakon reanimacije)?	☐	☐
Poremećaji srčanog ritma (npr. fibrilacija atrijske, pacemaker, defibrilator)?	☐	☐
Bolesti krvnih žila (venske bolesti, stanje nakon tromboze/plućne embolije, arterijska okluzivna bolest)?	☐	☐
Plućne bolesti (astma, kronični bronhitis, kućni kisik)?	☐	☐
Sindrom opstruktivne apneje u snu (SOAS)?	☐	☐
Ako DA, posjedujete li terapijski uređaj? DA ☐ NE	☐	☐
Metabolički poremećaji (npr. dijabetes, bolesti štitnjače, povišeni kolesterol)?	☐	☐
Bolesti krvi ili zgrušavanja (npr. leukemija, anemija, česta krvarenja iz nosa, sklonost modricama ili potkožnim krvarenjima)?	☐	☐
Bolesti jetre?	☐	☐
Bolesti bubrega?	☐	☐
Želučane tegobe (npr. žgaravica, refluks, želučani bypass, želučani pojas)?	☐	☐
Mišićne bolesti (npr. mišićna slabost, mišićna distrofija)?	☐	☐
Psihičke bolesti (depresija, anksioznost, panični napadi, burnout, ADHD)?	☐	☐
Žene reproduktivne dobi: Postoji li mogućnost trudnoće?	☐	☐
Druge bolesti?	☐	☐
Alergije i netolerancije? Ako DA, koje?	☐	☐
(Ako posjedujete alergijsku knjižicu, donesite je na dan anestezije)	☐	☐

Name:

Uzimam li lijekove za razrjeđivanje krvi? Ako DA, koje ?	☐	☐
Uzimam li druge lijekove redovito? Ako DA, koje?	☐	☐
Konзумiram li alkohol? Koliko često i koliko?	☐	☐
Pušim li? Ako DA, broj cigareta dnevno? Godine pušenja?	☐	☐
Konзумiram li droge? Ako DA, koje?	☐	☐
Nosim li zubnu pretezu?	☐	☐

BEMERKUNGEN / FRAGEN

--

Molimo da nas obavijestite ako se vaše zdravstveno stanje promijeni do dana zahvata (npr. prehlada, povišena, temperatura, novi lijekovi sl.)

Ispunjeni obrazac pošaljite najkasnije 5 dana prije planiranog zahvat na:

AnästhesieZentrum.ch AG, Schaffhauserstrasse 124, 8057 Zürich, ili e-poštom na: anaesthesiezentrum@hin.ch

Mjesto i datum:

Potpis:

IZJAVA O ZAŠTITI PODATAKA/OPĆI UVJETI I ODREDBE

Potvrđujem svojim potpisom da sam suglasan s obradom mojih podataka, pristupima podacima od strane liječnice ili liječnika kao i prosljeđivanjem podataka trećim osobama prema informacijama za pacijente na prethodnoj stranici. Svjestan sam mogućih rizika razmjene podataka osobito zaštićenih osobnih podataka (moguć uvid neovlašćenih trećih osoba putem nesigurnih komunikacijskih putova) kao i svojih prava i dajem svoju suglasnost za međusobni kontakt između moje liječnice / mog liječnika i mene kao pacijent/kinja putem gore navedenih kontakt-informacija. Informacije o pacijentima prosljeđuju se od strane liječničke prakse isključivo sigurnim komunikacijskim putovima. Suglasan sam da se administrativni zahtjevi kao što su na primjer pomicanja termina vrše nešifriranom e-mail komunikacijom. Obrada (prikupljanje, pohrana, uporaba kao i čuvanje) vaših podataka vrši se na temelju ugovora o liječenju i zakonskih propisa radi ispunjenja svrhe liječenja kao i s tim povezanih obveza. Prikupljanje podataka vrši se s jedne strane od strane liječnice/liječnika koji liječi u okviru vašeg liječenja. S druge strane primamo također podatke od dodatnih liječnica/liječnika i zdravstvenih stručnjaka kod kojih ste bili ili jeste u liječenju, ukoliko ste za to dali svoju suglasnost. U vašoj povijesti bolesti se obrađuju samo podaci koji stoje u vezi s vašim medicinskim liječenjem. Povijesti bolesti obuhvaća na obrascu pacijenta dane osobne podatke kao što su personalni podaci, kontakt-podaci i osiguravni podaci kao i između ostalog u okviru liječenja provedeni razgovor o informiranju, prikupljene zdravstvene podatke kao što su anamneze, dijagnoze, terapijski prijedlozi i nalazi. Imate u svako vrijeme pravo dobiti obavijest o vašim osobnim podacima. Možete pogledati svoju povijest bolesti ili također zatražiti kopiju. Izdavanje kopije može biti naplatno. Eventualni troškovi koji ovise o naporu izrade kopije bit će vam unaprijed saopćeni.

Potpisivanjem također prihvaćam Opće uvjete i odredbe tvrtke AnästhesieZentrum.ch AG, kojima se može pristupiti u bilo kojem trenutku putem sljedeće poveznice: <https://www.anaesthesiezentrum.ch/terms-and-conditions>

Mjesto i datum:

Potpis: