



ZDRAVSTVENI UPITNIK

Ime i prezime: _____

Datum ispunjavanja upitnika: _____

Datum rođenja: _____

Zanimanje: _____

Adresa: _____

Email: _____

Telefon : _____

Kontakt u nuždi (srodstvo): _____

Da li ste imali ili imate neki od niže navedenih zdravstvenih problema?

| | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Visoki krvni tlak | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Ne | Dijabetes | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Ne | Glavobolje | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Ne |
| Bolovi u prsima | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Ne | Osteoporoza | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Ne | Vrtoglavice | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Ne |
| Bolesti srca/aritmije | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Ne | Artritis | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Ne | Depresija | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Ne |
| Moždani udar | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Ne | Karcinom | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Ne | Hepatitis/HIV | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Ne |
| Da li ste trudni? | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Ne | Trnci | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Ne | Vene | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Ne |

Razlog Vašeg današnjeg dolaska? _____

Što činite da si olakšate bol/ozljedu? _____

Koji pokreti dovode do pogoršanja Vašeg stanja? _____

Da li uzimate neke lijekove? DA NE POVREMENO

Molim navedite koje: _____

Molimo odgovorite na slijedeća pitanja vezana uz Vaše trenutno zdravstveno stanje:

Da li ste do sada i ako da na koji način tretirali Vašu ozljedu, tj. poremećaj zdravstvenog stanja?

Kiropraktika Fizikalna terapija Injekcije Ostalo: _____

Moji simptomi se: Pogoršavaju Bez promjene Pобољšavaju

Da li ste do sada koristili neke od navedenih dijagnostičkih postupaka?

MR RTG CT UZV EMG Ostalo: _____

Kao posljedicu trenutnog zdravstvenog stanja imam problema sa slijedećim dnevnim rutinama:

Stajanje/Hodanje Sjedenje Vožnja automobila Ustajanje iz stolice

Sagibanje/Dizanje Spavanje Oblačenje/češljanje Radne aktivnosti

Primanje predmeta Posezanje iza leđa Ustajanje iz kreveta Stabilnost

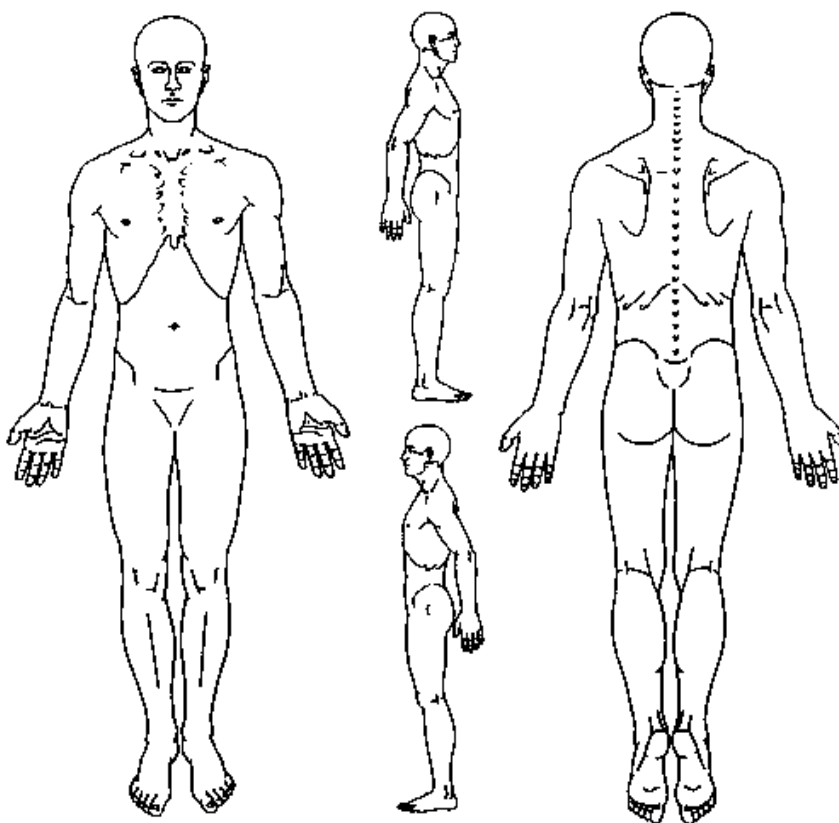
Ostalo: _____



FITERA
centar zdravlja

MOLIMO KORISTITE NIŽI CRTEŽ KAKO BI INDICIRALI POZICIJU I VRSTU VAŠIH TRENUTNIH SIMPTOMA:

| | | | | |
|--------------------|--------------|-----------------|---------------------|-------------------|
| OŠTRA BOL ///// | BOL XXXXX | PEČENJE !!!! | PROBADANJE +++++ | UTRNULOST ---- |
|--------------------|--------------|-----------------|---------------------|-------------------|



MOLIMO ZAOKRUŽITE NA LJESTVICI OD 0-10 TRENUTNU JAČINU BOLI:

| | | | | | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|--------------------|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| bez boli | | | | | najgora moguća bol | | | | | |

INDICIRAJTE VAŠU BOL OD 0-10 U NAJBOLJEM I U NAJGOREM SLUČAJU:

U NAJBOLJEM SLUČAJU: _____

U NAJGOREM SLUČAJU: _____



FITERA

centar zdravlja

Ovime potvrđujem da su svi gore navedeni podaci vjerodostojni i točni, te da sam u cijelosti pročitao(la) i u potpunosti razumio/razumjela ovaj upitnik.

Ovime potvrđujem pristanak na pregled, procjenu i/te zdravstveni tretman mojih trenutnih zdravstvenih problema od strane ovlaštenog fizioterapeuta, a koji je uposlenik FITERA CENTAR ZDRAVLJA d.o.o.

Svjestan/svjesna sam činjenice da će me fizioterapeut informirati o dobrobitima i eventualnoj mogućoj fizičkoj nelagodi koje se mogu pojaviti kao posljedica primijenjenog fizioterapijskog tretmana.

Svjestan/svjesna sam činjenice da ne postoji garancija da će predloženi zdravstveni tretman(i) poboljšati moje zdravstveno stanje i otkloniti problem(e), te da postoji mogućnost, iako vrlo zanemariva da rečeni tretman(i) izazovu dodatnu bol i nelagodu, te pogoršaju moje trenutno zdravstveno stanje.

Nastavno na komunikaciju sa mojim terapeutom razumio/razumjela sam da komunikacija elektronskom poštom nije u potpunosti sigurna. Započinjanjem ili odgovaranjem na elektronsku poštu ili tekstualne poruke dajem pristanak ostvarivanja komunikacije na rečeni način i ujedno razumijem postojanje rizika za otkrivanjem osobnih i eventualno povjerljivih podataka.

Oslobađam sada i u budućnosti djelatnike od bilo kakve zakonske odgovornosti radi eventualne povrede nastale zbog mog sudjelovanja u procesu fizioterapije i programa vježbanja.

Osobni inicijali _____

POTPIS: _____

DATUM: _____

UPITNIK JE PROČITAN I PREGLEDAN OD STRANE FIZIOTERAPEUTA: DA NE

POTPIS FIZIOTERAPEUTA: _____



FITERA
centar zdravlja