

UPITNIK ZA PREGLED RADNIKA

IME I PREZIME			
IME I PREZIME OCA			
DATUM ROĐENJA		SPOL	M Ž
ADRESA		TELEFON	
RADNO MJESTO		ZANIMANJE	
POSLODAVAC			
ADRESA POSLODAVCA		TELEFON	

DA	NE	PONEKAD	Označite odgovor DA ili NE za svako pitanje
			Imate li smetnje vida?
			Imate li vrtoglavice?
			Imate li glavobolje?
			Imate li bolove u leđima i vratu?
			Ima te li bolove u zglobovima?
			Imate li trnce u rukama ili nogama?
			Bolujete li od padavice?
			Bolujete li od kožnih bolesti?
			Imate li polensku ili neku drugu alergiju?
			Jeste li kao dijete imali česte gnojne upale grla?
			Jeste li bolovali od tuberkuloze?
			Bolujete li od astme?
			Kašljete li često?

			Imate li smetnje s grlom ili nosom?
			Patite li od zaduhe (brzog gubitka zraka)?
			Imate li bolove ili pritisak u prsima?
			Imate li osjećaj nepravilnog rada srca?
			Otiču li vam noge?
			Imate li problem sa zubima?
			Imate li bolove u trbuhu?
			Jeste li preboljeli zaraznu žuticu?
			Imate li hemoroide?
			Imate li bruh (kilu)?
			Imate li bubrežne kamence?
			Jeste li u posljednje vrijeme značajno izgubili na težini?
			Bolujete li od šećerne bolesti?
			Imate li povišeni krvni tlak?
			Jeste li imali prijelom kosti?
			Imate li alergiju na lijekove ili cjepiva?
			Jeste li nervozni?
			Spavate li dobro?
			Mijenjate li često težinu?
			Pušite li? Ako da, koliko dnevno:
			Konzumirate li kavu? Ako da, koliko dnevno:
			Koristite li drogu?
			Uzimate li redovno lijekove? Ako da, koje:

	Označite odgovor			
APETIT	Normalan	Pojačan	Slab	Imate li strah od visine?
MOKRENJE	Normalno	Učestalo		DA NE
STOLICA	Normalna	Neredovita		

OSTALE TEŽE BOLESTI

OBJAŠNJENJE/NADOPUNA ODGOVORA:

DATUM

POTPIS
