



Pečat ljekara

Osiguravajuća kuća želi da obavite sledeće preglede koji su obilježeni:

- A** Medicinski pregled uključujući analizu urina (hemijsko i mikroskopsko ispitivanje)
- B** Elektrokardiogram sa prekordijalnim odvodima u mirnom stanju
- C** Elektrokardiogram sa prekordijalnim odvodima u mirnom stanju i tokom rada, ukoliko medicinski ne kontraindiciraju
- D** Laboratorijske vrijednosti (uvijek sa normalnim rasponom): Kompletna krvna slika uključujući brzinu sedimentacije eritrocita (ESR), Bazofili, Eozinofili, Limfociti, Monociti, Mielociti, Neutrofilni, Leukociti, Eritrociti, Hemoglobin (Hb), Hematocriti, Nivo šećera u krvi (FBS), Kreatinin u krvi, Enzimi jetre, tj. SGPT, GOT, gama-GT, Urična/mokraćna kiselina, Ukupni holesterol, HDL- i LDL-holesterol i trigliceridi
- E** Test na HIV

I. Izjava podnosioca molbe

Molimo da ljekar odgovori na sledeća pitanja ili da ih pregleda zajedno sa podnosiocem molbe, ukoliko je već odgovorio na njih.

Prezime, ime (i djevojačko prezime): Datum rođenja:

Obrazovanje: Zanimanje koje obavljate:

Adresa (ulica, grad i poštanski broj, država):

Molimo da obilježite odgovarajući odgovor.	NE DA	Ukoliko je odgovor DA, napišite i dodatne detalje.			
1. Da li je neko od vaših bližih rođaka prije 65. godine imao visok krvni pritisak, bolesti srca i krvotoka, šećernu bolest ili bilo koju drugu naslednu bolest?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Navedite bolest i lice iz vaše porodice koje je imalo tu bolest.			
2. a) Da li imate bilo kakve zdravstvene tegobe?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ukoliko ih imate, opišite ih.			
b) Da li je vaša radna sposobnost umanjena?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zašto i koliko dugo?			
c) Da li ste tokom poslednjih pet godina bili nesposobni za rad više od četiri nedelje uzastopno?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kada? Zašto?			
3. Da li imate tegobe ili ste možda imali tegobe zbog bolesti, smetnji i nepravilnosti funkcionisanja sledećih organa odn. sistema:		Koje bolesti?	Kada? Trajanje: Liječenje:	Ime i prezime ljekara:	
a) disajni organi - astma, ponavljajući bronhitis, upala pluća, plućna tuberkuloza itd.?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	↓	↓	↓	
b) srce ili krvotok - visok krvni pritisak, bolesti krvotoka, srčani napad, srčana mana, srčana oboljenja, palpitacije, infarkt, upala vena, proširene vene ili druga oboljenja?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	↓	↓	↓	
c) nervni sistem ili psihičke smetnje - epilepsija, vrtoglavica, paraliza, upala nerava, depresija ili druga oboljenja? Da li ste nekada pokušali samoubistvo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	↓	↓	↓	
d) sistem za varenje - hiatus hernia, gastrični ulkus i čir na dvanaestopalačnom crijevu ili druga oboljenja želuca ili crijeva poput upala, krvarenja, hemoroida, bolesti jetre, žučne kese, pankreasa?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	↓	↓	↓	
e) urinarni sistem i reproduktivni organi - bubrezi, urinarni trakt, bešika, prostata, kamenje u bubrezi, krv ili belančevine u urinu ili druga oboljenja?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	↓	↓	↓	
f) metabolizam i krv - šećerna bolest, povišen holesterol, giht, nepravilnosti u radu štitne žlijezde ili druge hormonske smetnje, anemije, smetnje zgrušavanja krvi ili druga oboljenja?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	↓	↓	↓	
g) imuni sistem i infektivne bolesti - SIDA, HIV infekcija, polno prenosive bolesti, hepatitis, tropske bolesti ili druga oboljenja?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	↓	↓	↓	
h) koža - ekcemi, alergije, gljivične bolesti, psorijaza, rak kože ili druga oboljenja?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	↓	↓	↓	
i) mišićno-skeletni sistem (kosti, veze, kičma, diskus, mišići, tetive) - bolesti krsta, vrata ili ramena, reuma ili druga oboljenja?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	↓	↓	↓	
j) oči - smanjena oštrina vida, refrakcione smetnje, bolesti mrežnjače ili druge tegobe?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dioptrija: lijevo oko _____ desno oko _____			
k) uši - upale, problemi sa sluhom ili druge tegobe?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
l) druge bolesti , smetnje ili problemi koji nisu nabrojani iznad - urođene bolesti, deformacije, tumori, rak itd.?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

Molimo da obilježite odgovarajući odgovor.	NE DA	Ukoliko je odgovor DA, napišite i dodatne detalje.
4. Odgovaraju samo žene: a) Da li ste trudni? Ukoliko jeste, da li se do sada trudnoća odvijala normalno?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Očekivani datum porođaja Ime i adresa ljekara:
b) Da li ste nekada imali ginekološke probleme ili bolesti dojki?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Koje bolesti? Kada? Trajanje: Liječenje:
5. Da li ste bilo kada imali neku nezgodu, povredu ili trovanje koji su zahtijevali liječenje u bolnici ili operaciju?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Posljedice:
6. a) Da li ste nekada morali da obavite ljekarski pregled, bili na liječenju ili ste imali operaciju u bolnici ili sličnoj zdravstvenoj instituciji?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zašto?
b) Da li vam je ljekar nekada savjetovao da uzmete odmor, počnete sa djetom ili bilo kakvom terapijom? Da li je možda planirana bilo kakva terapija?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) Da li je planirano liječenje u bolnici ili bilo kakva operacija?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
d) Da li vas je tokom posljednjih 5 godina liječio ili ste se savjetovali sa: - psihoterapeutom (na primer psihijatar, psiholog)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
- kiropraktičarom, fizioterapeutom?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
e) Da li vam je ljekar nekada prepisao lijekove na više od 4 nedjelje?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
f) Da li ste nekada bili liječeni rendgenskim zracima (zračenje, radioaktivni izotopi)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rezultat:
7. Da li ste morali tokom poslednjih 5 godina da obavite specijalističke preglede/testove, npr: rendgen, računarska tomografija, magnetna rezonanca, ultrazvuk, EKG, elektroencefalogram (EEG), endoskopija itd.?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8. Da li ste radili test na SIDU koji je pokazao pozitivan rezultat ili mogućnost pozitivnog rezultata ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9. a) Da li se bavite sportom?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vrsta? Koliko često?
b) Da li pušite?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Koliko pušite dnevno?
c) Da li pijete alkohol?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Koliko na dan?
d) Da li uzimate tablete protiv bolova, tablete za uspavlivanje, sredstva za umirenje itd.?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Koliko nedjeljno? Od kada?
e) Da li uzimate ili ste nekada uzimali drogu?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kada posljednji put?
10. a) Sa kojim ljekarom - specijalistom ste se posljednji put savjetovali?	→	Zašto? Kada?
b) Da li ste se tokom posljednjih 5 godina savjetovali sa još nekim ljekarom koga niste naveli?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) Koji ljekar je najbolje upoznat sa vašim zdravstvenim stanjem?	→	Prezime i zdravstvena ustanova:
Izjavljujem da sam odgovorio na pitanja istinito i potpuno. Dozvoljavam(o) svim ljekarima, zdravstvenim i drugim ustanovama da daju osiguravajućoj kući sve podatke o mom zdravstvenom stanju odnosno podatke koji bi uticali na procjenu visine opasnosti i za ustanovljavanje obaveza osiguravajuće kuće.		
Mjesto i datum:		Potpis podnosioca molbe:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Upozorenje ljekaru koji obavlja pregled: Molimo da obavite sve potrebne preglede koji su navedeni na sljedećim stranicama.		

LJEKARSKI PREGLED

Molimo da upišite sve patološke i nespecifične nalaze.

Molimo da obilježite odgovarajući odgovor.	NE DA	Ukoliko je odgovor DA, napišite i dodatne detalje.
11. a) Datum pregleda:	→	<input type="text"/>
b) Da li ste prije toga već pregledali podnosioca molbe ili ga liječili?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kada? <input type="text"/> Zašto? <input type="text"/> Dg: <input type="text"/>
c) Da li ste sa podnosiocem molbe u srodstvu?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12. a) Visina (bez cipela) težina (bez odijele):		<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
b) Da li je podnosilac molbe naizgled zdrav i njegova spoljašnjost odgovara njegovim godinama?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
13. Koža		
a) Da li na koži primjećujete bilo kakve znakove kožnih bolesti (osip, čirevi, otoci itd.)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) Da li primjećujete ožiljke ili sumnjive biljege?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
14. Disajni organi		Od kada? <input type="text"/> Uzrok - Dg: <input type="text"/>
a) Da li čujete šištanje ili kašalj?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) Da li je vidljiva bilo kakva nepravilnost u obliku i zakrivljenosti grudnog koša?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) Da li su rezultati perkusije i auskultacije nenormalni?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
d) Da li primjećujete bilo kakve druge znakove bolesti disajnih organa?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
15. Srce i krvotok		
a) Pozicija apeksa - da li je na tipičnom mjestu?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) Da li su tonovi srca nenormalni (glasnoća, gubljenje)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) Da li čujete šum na srcu? Ukoliko je odgovor potvrđan: Sistolni? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dijastolni? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tačka maksimalne glasnoće i širenja: → <input type="text"/> Da li je šum na srcu organski?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dg: <input type="text"/>
d) Krvni pritisak, puls	→	udaraca u minuti: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> sistolni <input type="text"/> dijastolni <input type="text"/> Ponovite mjerenje, ukoliko je rezultat bio više od 140/90 mmHg 2.mijerenje <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> sistolni <input type="text"/> dijastolni <input type="text"/> krvni pritisak u mmHg: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> krvni pritisak u mmHg: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
e) Da li je puls aritmičan?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
f) Da li je puls arterije dorzalis pedis opipljiv obostrano?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zašto? <input type="text"/>
g) Da li su čujni vaskularni zvuci?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
h) Da li postoje znakovi insuficijencije ili dekompenzacije (kratki udisaji, cijanoza, edem)?		
i) Da li su vidljive proširene vene?		Obim, čvorovi, ožiljci, ulcus cruris?
16. Organi za varenje i trbušna duplja		
a) Da li primjećujete bilo kakve promjene na jeziku, krajnicima, trećem krajniku, glasnim žicama ili grlu?		
b) Da li prilikom pregleda i pipanja stomaka primjećujete bilo kakve promjene (želudac, jetra, žučna kesa, slezina, aorta, crijeva)?		
c) Da li primjećujete bilo kakve znakove bolesti sistema za varenje?		
d) Da li ima bruh?		

Molimo da obilježite odgovarajući odgovor.	NE DA	Ukoliko je odgovor DA, napišite i dodatne detalje.
17. Urogenitalni organi		
a) Analiza urina Bjelančevine u urinu? Šećer u urinu? Sediment?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> →	Erc. <input type="text"/> Leuc. <input type="text"/> ostalo <input type="text"/>
b) Samo za muškarce: Da li postoji sumnja na bolest urogenitalnih organa (testisi, prostata, epididimis)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) Samo za žene: Da li postoji sumnja na bolest urogenitalnih organa ili na patološke promene na dojčkama?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
18. Nervni sistem/čula		
a) Da li primjećujete znakove bolesti čula, naročito slabovidost ili naglupost?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) Da li ste ustanovili nenormalne reflekse (zenični, trbušni, patelami, Ahilov, Babinski)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) Da li primjećujete bilo kakve znakove mentalne bolesti ili bolesti nervnog sistema?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19. Mišićno - skeletni sistem		
a) Da li primjećujete bilo kakve deformacije?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) Da li primjećujete znakove bolesti kičme?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) Da li primjećujete bilo kakve bolesti mišića, kostiju ili veza?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
20. Različito		
a) Da li primjećujete uvećane limfne čvorove?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) Da li je štitna žlijezda nenormalna po veličini ili strukturi?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) Da li postoje znakovi hormonske neravnoteže (u vezi sa polnim žlijezdama, štitnom žlijezdom, hipofizom)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
d) Da li primjećujete i neke druge abnormalnosti?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
21.		
a) Da li sumnjate da je podnosilac molbe alkoholičar, strastveni pušač ili tabletoman ili da je zavisnik od droge?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) Da li su zanimanje ili način života podnosioca molbe takvi da ugrožavaju njegovo zdravlje?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) Da li možda znate i za neke druge faktore rizika?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
d) Da li smatrate da su potrebne bilo kakve dalje mjere (ponovni pregled, terapija, promjena načina života)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
22. Konačna ocjena	→	
Napomene:		
Važno: Molimo da ljekar podnosiocu molbe ne daje informacije koje bi mogle da utiču na odluku osiguravajuće kuće u pogledu zaključivanja osiguranja.		
Izjavljujem da sam podnosioca molbe pregledao i odgovorio na pitanja u skladu sa stručnim i etičkim pravilima.		
Mjesto i datum:	Potpis ljekara:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	