

ANAMNESTIČKI UPITNIK

Ovaj Upitnik sadrži neka pitanja koja se odnose na Vaše podatke o radu, zdravstvenom stanju i drugom od koristi za obavljanje sistematskog pregleda i ocjenu zdravstvenog stanja i zdravstvene sposobnosti Molimo Vas da odgovorite na sva pitanja. Podaci su povjerljivi i dio su zdravstvene dokumentacije !

IME I PREZIME (ime oca) _____

Da li na radnom mjestu na kojem radite/raditi ćete postoje posebni uvjeti rada (zaokružiti): strojevi i alati na električni pogon + samohodni strojevi i vozila + buka + vibracije + visina + kemijski agensi + fizičko naprezanje + drugo _____

Da li ste unazad godine dana bili na bolovanju ? Ako jeste zbog čega ste bili na bolovanju ? _____

Da li ste preboljeli bolest COVID19, ako jeste kada ste je preboljeli ? _____

Da li ste cijepljeni protiv bolesti COVID19, ako jeste navedite vrstu cjepiva i kada ste primili zadnju dozu ? _____

Da li ste imali ozljede na radu i u vezi s radom (navesti vrstu ozljede i kada se je desila) ? _____

Da li imate utvrđenu Izmijenjenu radna sposobnost – invalidnost (po ocjeni Povjerenstva HZMO), ako je odgovor da, od kada je imate ? _____

Koje bolesti i ozljede ste imali u životu (bolesti, bolničko liječenje, operacije, prometne nesreće) ? _____

Da li su Vaši roditelji, braća, sestre, bolovali od TBC-a, maligne bolesti, bolesti krvnih žila, srca, šećerne bolesti, duševnih ili živčanih bolesti ? _____

Da li imate zdravstvene tegobe / trajane smetnje : (npr.:glavobolja, vrtoglavice, omaglice, nesvjestica umor, klonulost, pospanost, znojenje, kašalj, teško disanje, svrbež kože, bolovi: grudnog koša, u predjelu srca, želuca, bubrega, mišića, zglobova, leđa, krvarenja, sklonost krvarenju iz nosa, drugo) ? _____

OPIŠITE VAŠE NAVIKE:

Pušenje: Ne ___ Da ___ Količina cigareta dnevno: _____ koliko dugo (god): _____

Bivši pušač: _____ Količina dnevno _____ do kada/god/mj _____

Alkohol pijem: Ne ___ Da ___ : (rjetko, povremeno, često, svaki dan, pijem u društvu, pijem sam / žestoka pića, vino, pivo, miješano): _____

Uzimanje droga (uzima drogu,, ovisnost, vrsta): _____

(Napomena- svojim potpisom na ovom dokumentu pristajem na testiranje na opojne droge)

Fizička aktivnost (sport, rekreacija, rad u vrtu,, šumi, drugo): _____

Da li ste i na što ste alergični ? _____

Koristite li optička pomagala, za blizinu ili za daljinu ? _____

Da li dobro čujete, imate li oštećen sluh ? _____

Imate li strah od visine, strah od zatvorenog prostora ili neki drugi strah ? _____

Da li uzimate, ako da , koje lijekove uzimate ? _____

Kako bi opisali svoje zdravlje: primjereno ___ dobro ___ osrednje ___ loše

Kako bi ocijenili svoju radnu sposobnost:

1.sposoban/a

2. privremeno nesposoban/a

3. nesposoban/a za posao koji obavlja

4. potrebna promjena radnog mjesta/ prekvalifikacija

5. nesposoban/a

Točnost i potpunost podataka potvrđujem potpisom: _____

Datum: _____