

IME I PREZIME: _____ DATUM: _____

DA	NE	Ponekad	Označite odgovor DA ili NE za svako pitanje	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imate li glavobolje?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imate li vrtoglavice?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imate li smetnje vida?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imate li osjećaj trnaca u rukama i nogama?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imate li bolove u leđima i vratu?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imate li bolove u zglobovima?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Bolujete li od padavice?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Bolujete li od kožnih bolesti?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Imate li polensku ili neku drugu alergiju?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Jeste li kao dijete imali česte gnojne upale grla?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Jeste li bolovali od tuberkuloze?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Bolujete li od astme?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Kašljete li često?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imate li smetnje sa nosom ili grlom?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patite li od zaduhe (brzog gubitka zraka)?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imate li bolove ili pritisak u prsima?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imate li osjećaj nepravilnog rada srca?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otiču li vam noge?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imate li probleme sa zubima?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imate li bolove u trbuhu?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Jeste li preboljeli zaraznu žuticu?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Imate li hemoroide?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Imate li bruh (kila)?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Imate li bubrežne kamence?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Jeste li u posljednje vrijeme značajno izgubili na težini?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Bolujete li od šećerne bolesti?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Imate li povišeni krvni tlak?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Jeste li imali prijelom kosti?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Imate li alergiju na lijekove ili cjepiva?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeste li nervozni?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spavate li dobro?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Mijenjate li često težinu?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pušite li? Ako da, koliko dnevno:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pijete li alkohol? Ako da, koliko dnevno:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Konzumirate li kavu? Ako da, koliko dnevno:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koristite li drogu?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Uzimate li redovito lijekove? Ako da, koje:	
	(označite odgovor)		DA NE	
APETIT	<input type="checkbox"/> Normalan	<input type="checkbox"/> Pojačan	<input type="checkbox"/> Slab	
MOKRENJE	<input type="checkbox"/> Normalno	<input type="checkbox"/> Učestalo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Morate li ići mokriti noću?
STOLICA	<input type="checkbox"/> Normalna	<input type="checkbox"/> Neredovita		

POTPIS: _____