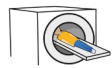









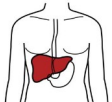





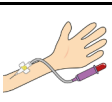
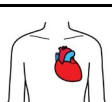
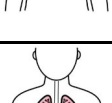
Njega zuba · Tandvård

Zdravstvena deklaracija

Hälsodeklaration

	Ime: Matični broj:	Namn: Personnummer:
	Adresa:	Adress:
	Telefon:	Telefon:
	Želimo da odgovorite na sljedeća pitanja:	Vi vill att du besvarar följande frågor:
	Zdrav/a sam <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Jag är frisk <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
	Alergičan/na sam na:	Jag är allergisk mot:
	Uzimam sljedeće lijekove:	Jag har följande mediciner:
	Idem kod doktora:	Jag går hos läkare:

	Ja imam:	Jag är:
	<input type="checkbox"/> terapiju zračenjem	<input type="checkbox"/> strålbehandlad
	<input type="checkbox"/> transplantaciju	<input type="checkbox"/> transplanterad
	<input type="checkbox"/> trudnoću	<input type="checkbox"/> gravid
	<input type="checkbox"/> ja sam pušač/koristim burmut	<input type="checkbox"/> rökare/snusare

	Imam ili imao/la sam:	Jag har eller har haft:
	<input type="checkbox"/> kardiovaskularne poremećaje	<input type="checkbox"/> hjärtbesvär
	<input type="checkbox"/> visok ili nizak krvni pritisak	<input type="checkbox"/> högt eller lågt blodtryck
	<input type="checkbox"/> dijabetes	<input type="checkbox"/> diabetes
	<input type="checkbox"/> stomačne probleme	<input type="checkbox"/> magbesvär
	<input type="checkbox"/> probleme sa jetrom ili žuči	<input type="checkbox"/> leverbesvär eller gallbesvär
	<input type="checkbox"/> bolest bubrega	<input type="checkbox"/> njursjukdom
	<input type="checkbox"/> bolest krvarenja	<input type="checkbox"/> blödningsjukdom
	<input type="checkbox"/> reumatski bolest	<input type="checkbox"/> reumatisk sjukdom
	<input type="checkbox"/> epilepsiju	<input type="checkbox"/> epilepsi
	<input type="checkbox"/> tumor	<input type="checkbox"/> tumörsjukdom
	<input type="checkbox"/> infekciju krvi, HIV, hepatitis	<input type="checkbox"/> blodsmitta (HIV, Hepatit)
	<input type="checkbox"/> umjetne srčane zaliske, umjetni kuk ili druge implantate/ transplantate	<input type="checkbox"/> konstgjorda hjärtklaffar, höftleder eller andra
	<input type="checkbox"/> upalu pluća /tuberkulozu	<input type="checkbox"/> lungsjukdom/TBC

