

		ja	nein			
		da	ne			
9	Infektionskrankheiten <i>Prenosne Bolesti</i>					
9.1	Hepatitis (A, B, C) <i>Hepatitis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typ:	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
9.2	Immunmangel-Syndrom (AIDS) <i>Sindrom smanjene otpornosti (SIDA)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tip:	C <input type="checkbox"/>	
10	Lebererkrankungen <i>Oboljenje jetre</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11	Magen-Darm-Erkrankungen <i>Oboljenje Želudca i Creva</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12	Nierenerkrankungen <i>Oboljenje bubrega</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12.1	Chronische Niereninsuffizienz (Nierenschwäche) <i>Hronična slabost bubrega</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12.2	Dialyse <i>Dijaliza</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13	Osteoporose (Knochenschwund) <i>Osteoporoza (Slabost kostiju)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14	Rheumatoide Arthritis (Gelenkentzündung) <i>Upala zglobova</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15	Schilddrüsenerkrankungen <i>Zaboljenje štitne žljezde</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
16	Tumorerkrankungen <i>Tumori</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17	frühere Operationen? <i>Prethodne operacije</i>					
17.1	Herz <i>Srce</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17.2	Leber <i>Jetra</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17.3	Niere <i>Bubrezi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17.4	Sonstige ... <i>Drugo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18	Haben Sie Angst vor der Behandlung? <i>Dali se bojite liječenja?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19	Besteht eine Schwangerschaft? <i>Dali ste u drugom stanju?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, im wievielten Monat? Ako da, u kojem ste mjesecu?		
20	Nehmen Sie Medikamente? <i>Uzimate lijekove?</i>			1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9		
20.1	Blutverdünnende Mittel <i>Sredstva za proređivanje krvi?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
20.2	Mittel gegen hohen/niedrigen Blutdruck <i>Lekove protiv visokog/niskog pritiska</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
20.3	Schmerzmittel <i>Sredstva protiv bolova?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
20.4	Psychopharmaka <i>Psihijatrijske lijekove</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
20.5	Sonstige ... <i>Drugo...</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Die sich auf dem Bogen befindlichen Informationen sowie die Übersetzungen wurden sorgfältig und nach bestem Wissen erstellt. Eine Haftung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Bögen und insbesondere der Übersetzungen wird dennoch nicht übernommen.

Datum, Unterschrift
Datum, Potpis