



ZDRAVSTVENI VPRAŠALNIK – DEL A (Izpolni lečeči zdravnik)

Ime pacienta _____ Starost _____

Datum preiskave _____

Družinska anamneza

So se v družini pacienta pojavile kakršne koli resne ali dedne bolezni? DA NE

V primeru pritrdilnega odgovora prosimo za pojasnilo:

Osebna anamneza

So se pri pacientu pojavile kakršne koli resne ali dedne bolezni? DA NE

V primeru pritrdilnega odgovora prosimo za pojasnilo:

So pri pacientu trenutno prisotna kakršna koli obolenja? DA NE

V primeru pritrdilnega odgovora prosimo za pojasnilo:

Se je pacient zdravil zaradi neplodnosti/sterilnosti? DA NE

Je bil vzrok neplodnosti/sterilnosti ugotovljen? DA NE

Obstaja pri pacientu možnost spočetja ob ustreznem zdravljenju? DA NE

Ali se je pri pacientu pojavila kakšna hujša poškodba, ki bi lahko vplivala na njegovo vlogo posvojitelja?

DA NE

V primeru pritrdilnega odgovora prosimo za pojasnilo:

Telesni pregled:

višina _____ teža _____

muskuloskeletni sistem _____ živčni sistem _____

ušesa _____ oči _____

nos in vrat _____ ustna votlina _____

ščitnica _____ srčno-žilni sistem _____

krvni tlak _____ respiratorni sistem _____

trebuh _____ urogenitalni sistem _____

test na HIV, opravljen dne _____ pozitiven negativen

test na Hepatitis C, opravljen dne _____ pozitiven negativen

Ali pacient trpi za kakršnimi koli prenosljivimi boleznimi, specifično boleznijo ali okvaro, pri katerih je prisotno znatno tveganje prenosljivosti? DA NE

V primeru pritrdilnega odgovora na kratko pojasnite:

Ali pacient trajno jemlje zdravila? DA NE

V primeru pritrdilnega odgovora, prosimo, napišite katera:

Odvisnosti (od drog, alkohola, iger na srečo in drugo)

Ali se je pacient v preteklosti zdravil? DA NE NE VEM

Ali se pacient trenutno zdravi? DA NE NE VEM

V primeru pritrdilnega odgovora prosimo za pojasnilo: _____

Ocena splošnega zdravstvenega stanja

pacient je zdrav

pacient se zdravi, vendar ga zdravljenje ne bo oviralo pri njegovi vlogi posvojitelja

pacient ima zdravstvene težave in zdravljenje bi lahko pomembneje vplivalo na njegovo vlogo posvojitelja

Ali je pacient od vas dobil kakršna koli priporočila v zvezi z zdravstveno oskrbo? V primeru pritrdilnega odgovora na kratko pojasnite: DA NE

Podpis, žig zdravnika _____

ZDRAVSTVENI VPRAŠALNIK – DEL B
(Izpolni prosilec/-ka)

Imate kakršne koli zdravstvene težave ali omejitve (alergija, astma ...)? V primeru pritrdilnega odgovora, prosimo, navedite katere: DA NE

Ali trajno jemljete kakršna koli zdravila? DA NE
V primeru pritrdilnega odgovora, prosimo, napišite katera:

Obiskujete kakšnega zdravstvenega strokovnjaka? DA NE
V primeru pritrdilnega odgovora, prosimo, navedite katerega:

Ste se v preteklosti zdravili ali se trenutno zdravite zaradi odvisnosti (od drog, alkohola, iger na srečo ali česa drugega)? DA NE
V primeru pritrdilnega odgovora prosimo za pojasnilo:

Se počutite zdravi ter fizično in psihično zmožni poskrbeti za posvojenega otroka?
 DA NE
V primeru negativnega odgovora prosimo za pojasnilo:

Datum _____ Podpis _____