IME ……..

ADRESA ……

……..

TELEFON ……

ZANIMANJE ……

LEKAR ……

Da li neko u vašoj porodici boluje od neke od sledećih bolesti?

Moždani udar
Dijabetes
Srčani udar
Rak
Epilepsija
Depresija
Šizofrenija

Da li bolujete od tezih bolesti?
Da li ste imali operacije ?

Dijabetes
Epilepsija
Štitna žlezda
Diskus hernija
Srčani udar
Moždani udar
Migrene
Drugo _____

Koliko često pijete alkohol?

retko (nekoliko puta godišnje)
ponekad (otprilike 1x/mesečno)
redovno (otprilike 1x/nedeljno)
dnevno

_____

Da li pušite ?

ne
povremeno
1-5 cigareta na dan
10-15 cigareta na dan
više

Da li konzumirate dorge:

da
ne

Da li ste alergični na nešto?

da
ukoliko da, na šta?

Da li patite od poremećaja sna:

da
ne

Porodični status?

nevenčani
u braku
razvedeni
udovički

Da li redovno uzimate lekove?

da
ne

Ime i količina	*ujutru*	*popodne*	*uveče*