MERKUR OSIGURANJE

UPITNIK - arterijska hipertenzija

OSIGURANIK:

Ime i prezime:	JMBG:	datum rođenja:

Molimo Vas precrtajte odgovarajuće navode i po potrebi priložite detaljni opis (ispunjava liječnik):

Dijagnoza ☐ primarna hipertenzija ☐ sekundarna hipertenzija ☐ maligna hipertenzija

Datum dijagnoze:_____Stupanj težine oboljenja_____Zadnja kontrola: _____

Visina: _____cm Težina: _____ kg **Pušač** ☐ DA ☐ NE dnevna količina: _____

Mjerenje krvnog pritiska u zadnje dvije godine:

Datum	Vrijednost sist.	diast.	Datum	Vrijednost sist.	diast.	Datum	Vrijednost sist.	diast.

Uzrok poznat: ☐ DA ☐ NE
Koji? _____

Terapija antihipertenzivima: ☐ DA ☐ NE

Trenutno pod terapijom ☐ DA ☐ NE
Koja? _____

Druge terapije: ☐ DA ☐ NE
Koje? _____

EKG a) u mirovanju ☐ DA ☐ NE
b) ergometrija ☐ DA ☐ NE

a) ☐ normalno ☐ patološki _____

b) ☐ normalno ☐ patološki _____
***VAŽNO: priložiti zadnji nalaz EKG-a**

Hipertenzitivna ili atero-sklerotična retinopatija: ☐ DA ☐ NE

Kod sekundarne hipertenzije, uzroci:

_____

_____

Postoje li još neki uzroci ☐ DA ☐ NE

Koji? _____

_____

Ako je prekinuta terapija:

Koja? Zašto?

_____ _____ od_____

_____ _____ od_____

Masnoće u krvi:

Kolesterol: _____

Trigliceridi:_____

Koronarna, cerebralna ili periferna oboljenja krvnog sustava prije 60-te godine: ☐ DA ☐ NE

Obiteljska anamneza ☐ DA ☐ NE
☐ Otac ☐ Majka ☐ Braća/sestre

opis: _____

_____ (mjesto, datum)

_____ (potpis i pečat liječnika)