

UPITNIK - arterijska hipertenzija

OSIGURANIK:

Ime i prezime:	OIB:	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		Datum	Vrijednost		Datum	Vrijednost	
	sist.	diast.		sist.	diast.		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**

Hipertenzivna 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: _____

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la točno, istinito i potpuno. Također potvrđujem da sam upoznat/a s informacijama o obradi podataka vezanih za ugovor o osiguranju koje su dostupne na www.merkur.hr – Zaštita podataka.

_____ (mjesto, datum)

_____ (potpis i pečat liječnika)