

Soyadi
Isim
Dogum tarihi

Hasta Anamnez Formu

Bu sorulara verdiginiz yanitlar sizin muayene ve tedaviniz icin cok önemlidir. Ilave soru veya sorunuzu lütfen sorumlu doktora bildiriniz.

Uygun olanlari lütfen isaretleyin

- | | Evet | Hayir |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Is veya okul kazasi mi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Son bir yilda sagliginizda bir degisiklik veya kilonuzda belirgin bir kayip oldu mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Son zamanlarda doktor muayenesinden gectiniz mi?
Aile (ev) doktorunuz kimdir? Aile (ev) dishekiminiz kimdir? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Düzenli kullandiginiz ilaclariniz var mi?
Evet ise lütfen arka sayfaya ilaclarin isimlerini yaziniz. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Alerji hassasiyetiniz var mi (Hiperreaksiyon)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Kalp hastaliklari, kalp ritm düzensizligi veya kalp agrisi var mi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Yüksek tansiyon hastasi misiniz? (Tansiyonunuzu biliyor musunuz?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Kalp pili tasiyor musunuz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Solunum sistemi veya akciger hastaliginiz var mi (Astim, Verem-Tüberküloz)? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Seker (Diabet) hastasi misiniz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Kanama/pihtilasma hastaliginiz var mi, bir yeriniz kesildiginde uzun süre kaniyor mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Tiroid hastaligi var mi/var miydi? Fonksiyon fazlaligi <input type="checkbox"/> Fonksiyon azligi <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Böbrek hastaliginiz var mi/var miydi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Karaciger hastaliginiz var mi/var miydi (Sarilik-Ikter, Hepatit A, - B, - C)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Havale, sara, bayilma gecirdiniz mi (Epilepsi)? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Göz tansiyonunuz var mi (Glokom)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Atesli romatizma gecirdiniz mi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Muayene/tedavi öncesi antibiyotik kullanma zorunlulugunuz var mi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Su anda akut enfeksiyöz bir hastaliginiz var mi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Daha önce HIV (AIDS) muayenesinden gectiniz mi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Burada sorulmayan herhangi bir hastaliginiz varsa lütfen yaziniz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Bayan hastalar: Su anda hamile misiniz veya hamile olma ihtimaliniz var mi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Gelme nedeniniz: - Bilgi almak icin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Acil durum icin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Tedavi görmek icin (Klinikte komple tedavi olmak üzere) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Kim tarafından gönderildiniz? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Son bir yilda dis tedavisi gördünüz mü? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ilave etmek istediginiz birsey var mi?

Tarih

Imza

überprüft/aktualisiert:

Datum:

Behandler: