**HASTA BİLGİLERİ (hastalık tablosu)**



Lütfen bu formu muayeneden önce doldurunuz ve danışmaya teslim ediniz. Bütün verileriniz gizli tutulacaktır.

Hasta adı/soyadı: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sigortalının adı/soyadı: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Doğum Tarihi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
(Cep)Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ev doktoru (Adı, Telefonu): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diş ağrınız var mı? o Hayır o Evet   
Dişeti kanaması var mı? o Hayır o Evet  
Uykuda diş gıcırdatması/dişleri sıkma? o Hayır o Evet  
Herhangi bir alerjiniz var mı? o Hayır o Evet, neye karşı? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enfeksiyon hastalıklarınız var mı? (MRSA, HİV, o Hayır o Evet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Hepatit, Tüberküloz, …)   
Aşağıdaki hastalıklar sizde var mı?  
 Astım o Hayır o Evet  
 Kan pıhtılaşması/hastalıkları o Hayır o Evet, Quick/İNR değeri: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Yüksek tansiyon o Hayır o Evet  
 Düşük Tansiyon o Hayır o Evet  
 Kalp/Kan dolaşımı hastalıkları o Hayır o Evet  
 Şeker hastalıkları/diabet o Hayır o Evet  
 Epilepsi/sara hastalığı o Hayır o Evet  
 Mide/Bağırsak/Sindirim rahatsızlığı o Hayır o Evet  
 Böbrek hastalığı o Hayır o Evet  
 Karaciğer/Sarılık hastalığı o Hayır o Evet  
 Guatr/tiroid hastalığı o Hayır o Evet  
 Glakom o Hayır o Evet  
 Romatizma o Hayır o Evet  
 Creutz-Jakob hastalığı o Hayır o Evet  
   
Kalp pili/kapakçığı o Hayır o Evet  
Kalp krizi geçirdiniz mi? o Hayır o Evet  
Bugün ağrı kesici kullandınız mı? o Hayır o Evet  
Düzenli aldığınız ilaç var mı? o Hayır o Evet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Sigara kullanıyor musunuz? o Hayır o Evet, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ yıldır  
  
Kann inceltici ilaç kullanıyor musunuz? o Hayır o Evet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(örneğin. ASS, Aspirin, Marcumar…)

Kadınlarda: Hamile misiniz? o Hayır o Evet, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ayda  
  
Başka hastalıklarınız var mı? o Hayır o Evet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dişleriniz düzenli olarak profesyonel temizlenmelidir (PZR).  
 Bu konuda size detaylı bilgi vermemizi ister misiniz? o Hayır o Evet**

Bir sonraki randevunuzu hatırlatmak için veya yeni randevu yapmak  
için sizi telefonla aramamızı veya size yazılı ulaşmamızı ister misiniz? o Hayır o Evet

Anestezi/uyuşturmalarda nadiren aşağıdaki sağlık sorunları yaşanabilir:  
►alerjik reaksiyonlar, ►kan/kalp dolaşımı rahatsızlığı, ►geçici yüz uyuşukluğu/felci,   
►sinir damarı zedelenmesi, ►trafikte araç kullanımında dikkat dağınıklığı

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Tarih, İmza