

Değerli Hastamız!

Kişisel ihtiyaçlarınızı karşılayabilmemiz için tedavi öncesinde aşağıdaki soruları kendi menfaatiniz doğrultusunda özenle doldurmanızı rica ederiz. Formu doldururken yardıma ihtiyacınız olursa veya herhangi bir sorunuz varsa personelimizden yardım alabilirsiniz!

Lütfen randevulara gelirken güncel ve eksiksiz ilaç listesi getirmeyi unutmayın!

Kişisel bilgiler:

İsim: Sigortalı:

Adres: Sağlık sigortası var/Kendi ödüyor:

..... Sosyal güvenlik numarası:

Telefon: Doğum tarihi:

E-posta: Ek diş sigortası:

Aile hekimi: Bizi nereden duydunuz?:

.....

Sağlık Soru Formu:

- 1) Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? **EVET** **HAYIR**
Alıyorsanız, hangi ilaçları alıyorsunuz?
.....
- 2) Düzenli olarak iğne oluyor musunuz? **EVET** **HAYIR**
Oluyorsanız, hangi iğneleri oluyorsunuz?
.....
- 3) Herhangi bir ilaca karşı alerjiniz var mı? **EVET** **HAYIR**
Varsa, hangi ilaçlara alerjiniz var?
.....
- 4) Aşağıdaki bulaşıcı hastalıklardan herhangi birine sahip misiniz ya da daha önceden geçirdiniz mi?
(Hepatit A, B, C, tüberküloz, HIV/AIDS ya da diğerleri) **EVET** **HAYIR**
Cevabınız evetse hangi hastalıklar?
.....
- 5) Diabetes mellitus/şeker hastası mısınız/
ya da daha önceden geçirdiniz mi? **EVET** **HAYIR**
- 6) Hamile misiniz ya da hamile
olma ihtimaliniz var mı? **EVET** **HAYIR**
- 7) Emziriyor musunuz? **EVET** **HAYIR**
- 8) Osteoporoz hastası mısınız? **EVET** **HAYIR**
- 9) Epilepsi hastası mısınız? **EVET** **HAYIR**
- 10) Doğuştan kanama eğiliminiz var mı (sık morarma ve /
veya burun kanaması) veya kan inceltici ilaç alıyor musunuz?
ilaçlar bunlar? **EVET** **HAYIR**
Cevabınız evetse, hangi
.....

[Arka sayfaya geçin!](#)

11) Solunum yolu hastalıklarından birine sahip misiniz? **EVET** **HAYIR**
Cevabınız evetse hangi hastalıklar bunlar? (örn. astım, COAH)

12) Sigara kullanıyor musunuz? **EVET** **HAYIR**
Kullanıyorsanız, günde kaç tane?

13) Kalp damar hastalığınız var mı? (örn. kapak değişimi, yüksek tansiyon, aritmi, kalp krizi, anjina pektoris, kalp yetmezliği, bayılma) **EVET** **HAYIR**
Cevabınız evetse, hangi hastalıklar bunlar?

14) Kalp pili kullanıyor musunuz? **EVET** **HAYIR**

15) Göz hastalığınız var mı (örn. glokom, katarakt)? **EVET** **HAYIR**
Cevabınız evetse, hangi hastalıklar bunlar?

16) Tiroid hastalığınız var mı? **EVET** **HAYIR**
Cevabınız evetse, hangi hastalıklar bunlar?

17) Böbrek hastalığınız var mı? **EVET** **HAYIR**
Cevabınız evetse, hangi hastalıklar bunlar?

18) Sindirim organları ile ilgili bir hastalığınız var mı? **EVET** **HAYIR**
Cevabınız evetse, hangi hastalıklar bunlar?

19) Tümör hastalığınız var mı/geçirdiğiniz mi, kemoterapi veya radyoterapi gördünüz mü/görüyor musunuz? **EVET** **HAYIR**
Cevabınız evetse ne zaman?

20) Yakın zamanda ameliyat oldunuz mu? **EVET** **HAYIR**
Cevabınız evetse, ne ameliyatı?

21) Otoimmün hastalığınız var mı? **EVET** **HAYIR**
Cevabınız evetse hangi hastalık?

22) Bağışıklık yetmezliğiniz var mı? **EVET** **HAYIR**

23) Sinir sistemi hastalığınız ya da zihinsel bir hastalığınız var mı? **EVET** **HAYIR**
Cevabınız evetse, hangi hastalıklar bunlar?

24) Son bir yıl içinde bir inme geçirdiniz mi? **EVET** **HAYIR**

25) **Bugün bize ziyaret nedeniniz nedir?**

- Ağrı / Şiş Diş eti kanaması Kontrol İmplant/ Protez sorunları
 Diğer: iş veya dolgu kırığı anışma/ İkinci görüş

26) Dişlerinizi en son ne zaman kontrol ettirdiniz?

27) Diş eti kanaması yaşıyor musunuz? (örn. diş fırçalarken) **EVET** **HAYIR**

Kişisel veya tıbbi bilgilerimde herhangi bir değişikliği mümkün olan en kısa sürede bildirmem gerektiğini anlıyorum. Mümkün olan en iyi tedavi ve bakımı size ancak bu şekilde sunabiliriz! Kararlaştırılan bir randevudan yararlanamayacaksınız, en az 24 saat önceden haber vermenizi rica ederiz!

Yer/Tarih:

Hastanın/Velinin İmzası: