

Anamnez Formu

Sayın hastamız,

Üniversite dişhastanemize hoşgeldiniz. Size en iyi şekilde hizmet etmek için, aşağıdaki ayrıntıları doldurmanızı rica ederiz. Bütün ayrıntılar Tıbbi gizlilik altındadır.

Hasta

- Erkek
 Kadın

Soyadı, İsim

Dođum tarihi

Cadde, No

Posta Kodu, şehir

Telefon

Sigortalı:

- Eř
 Anne/Baba

Soyadı, İsim

Dođum tarihi

Cadde, No, Posta Kodu, şehir

Meslek:

(hasta)

İř veren:

(hasta)

İř verenin İsmi, Adres, Telefon

Sigorta:

Sigortanın İsmi

Sigorta No

Sigorta durumu:

Özel Sigorta

- Devlet yardımı
 Alt gelir
 Tam Sigortalı

Yasal Sigorta

- mecbur sigortalı
 serbest sigortalı
 Özel ekstra sigorta ile

deme Muafiyeti

- Devlet yardımı
 Ekstra sigorta
 Masraf iadesi

Aile doktoru:

Diş doktoru:

(hukuki bakıcı):

Aşağıdaki sağlık şikayetleri yada riskfaktrleri Sizde bulunurmu?

Evet

Hayır

Bilmiyorum

1. Kalp- ve kan dolaşımı veya damar hastalıkları (zelikle yüksek tansyon-
kalp kapakcı bozukları, kalp ritim bozukluğu) Var ise hangisi?

2. Kalp çalışmasını sağlayan pil / defibrilatör-enplantasyon?

3. Astım, kronik (müzmin) ak ciğer hastalıkları yada herhangi bir şekildeki nefes darlıkları?

4. Kan hastalıkları veya kanamaya meğil?
Kullanılan kan sulandırıcı İlaçlar?

5. şeker hastalığı?
Insulin tedavisinde olan şeker hastalığı?

6. Gözde Glakom

Lütfen evirin!

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
7. Bulaşıcı hastalıkları? (Örnek: sarılık/hepatit, tüberküloz (verem), AIDS) Var ise hangisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Alerji / yüksek hasasiyet reaksiyonu? Var ise hangisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bağımsızlık bozukluğu hastalıkları? (Örnek: romatizmal hastalıklar) Var ise hangisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tiroid hastalıkları? Var ise hangisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. İç organ hastalıkları? (Örnek: kara ciğer, böbrek) Var ise hangisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sinir sistemi hastalıkları (Örnek: epilepsi/sara) Var ise hangisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kötü alışkanlıklar (sigara/alkol) Var ise hangisi ve ne kadar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Alkol bağımlı mısınız ve ya bağımlı mıydınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Uyuşturucu kullanıyorsunuzuz? Var ise hangisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bunların dışında herhangi bir hastalığınız varmı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Kadınlar için: Hamilelik durumu varmı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İlaçlar/Miktarları:

Diş tedavilerinde herhangi bir problem yaşadığınızı ya da hala yaşıyor musunuz?

Zihinsel, fiziksel ya da psikolojik şikayetleri durumunda:

Teşhis: _____

Bu gibi hastalıklarda bir iletişim kurulabilirmi? evet hayır sınırlı

Lütfen adresinizde herhangi bir değişiklik olursa, sağlık durumunuz değişirse, ilaçların miktarı yada ilacın kendisi değişmesi zorunlu olduğu halde bize hemen bildirin. Ayrıca kadınlarda hamilelik durumu var ise bize bildirmeniz ricada bulunur!

Hastalarımıza düzenli bakım uygulamak için, diş tedavilerinde belirlenen sonuçlar, kendi tedavi sonuçlarımız ya da araştırma projeleri için kesinlikle değerlendirilmicektir. Bu yüzden aşağıdaki anlaşmayı kabul etmenizi rica ederiz.

Düzenli diş tedavisinin arasında belirtilenen Sonuçlar, anonim ve hastalara bağlantısız değerlendirilmesini kabul ediyorum.

Sonuçların değerlendirilmesini kabul ediyorum.

Kontrollere ve korunma randevularına davet edilmeyi kabul ediyorum: evet hayır

Şehir, tarih

Hastanın ya da yasal temsilcisinin imzası