**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