

Hastanın adı, soyadı ve adresi

Hasta anket formu

Doğum tarihi

E-Posta:

Telefon (özel):

(iş yeri):

Meslek:

Ev doktoru: Adı:

Adresi:

Telefon:

Lütfen sağlık durumunuza ilişkin aşağıdaki soruları olabildiğince tam olarak yanıtlayınız! Bilgiler, tıbbi gizliliğe ve veri koruma yasası talimatnamelerine tabi olup kesinlikle gizli tutulacaktır.

Kalp/kan dolaşımı hastalıkları:

Yüksek tansiyon evet hayır
Düşük tansiyon evet hayır
Kalp kapağı kusurları evet hayır
Yapay kalp kapağı evet hayır
Kalp pili evet hayır
Endokard iltihabı evet hayır
Kalp ameliyatı evet hayır

Yüksek dereceli nötropeni evet hayır
Mukoviszidoz rahatsızlığı evet hayır
Organ nakledilmiştir evet hayır
Kök hücre nakledilmiştir evet hayır

Bulaşıcı hastalıklar:

HIV enfeksiyonu/AIDS evresi evet hayır
Karaciğer rahatsızlığı/hepatit evet hayır
Tüberküloz (verem) evet hayır
Diğer bulaşıcı hastalıklar evet hayır
Creutzfeldt-Jakob Hastalığı (CJD)/ Yeni varyant Creutzfeldt-Jakob hastalığı (nvCJD) evet hayır

Gebelik durumu mevcut mu? evet hayır
Yanıt evetse, kaçınıcı aydasınız?ay

Düzenli olarak veya halen hangi ilaçları alıyorsunuz?

Bisfosfonat alıyor musunuz? evet hayır

Size, tıbbi yönden kemoterapi uygulanıyor mu? evet hayır

Size, kanser hastalığından dolayı ışın tedavisi uygulanıyor mu? evet hayır

Yüksek dozda steroidler / immüsupresifler alıyor musunuz? evet hayır

Hastanede büyük çaplı ameliyat geçirdiniz mi? evet hayır

Nöbet rahatsızlıkları (Epilepsi)

evet hayır
Astım/Akciğer rahatsızlıkları evet hayır
Kan pıhtılaşması bozuklukları evet hayır
Diyabet/Şeker hastalığı evet hayır
Uyuşturucu bağımlılığı evet hayır
Sinir hastalığı evet hayır
Böbrek rahatsızlıkları evet hayır
Bayılma (senkop) atakları evet hayır
Osteoporoz rahatsızlığı evet hayır
Sigara içen evet hayır
Romatizma/artirit (eklem iltihabı) evet hayır
Troit bezi (guatr) rahatsızlığı evet hayır
Diğer rahatsızlıklar: evet hayır
.....

Alerjiler veya enkompatibiliteler:

Lokal anestezi/enjeksiyonlar evet hayır
Antibiyotikler evet hayır
Ağrı kesici ilaçlar evet hayır
Metaller:
 evet hayır

Diş hekimliği ile ilgili

röntgen filmi yaptırdınız mı?

Yanıt evetse, ne zaman?

Bilgilerimin elektronik ortamda hafızalanmasını, işleme tabi tutulmasını ve geri çağırma sistemine alınmasına ilişkin verilerimin kullanılmasını kabul ediyorum.

Tüm tedavi süresi boyunca bütün değişiklikleri derhal bildireceğimi taahhüt ederim. Buna ek olarak kararlaştırılan tedavi randevularına uyacağımı ve iptal etme durumunda en azından kararlaştırılan randevudan 24 saat öncesinde haber vereceğimi taahhüt ederim. Gelmediğim veya zamanında iptal etmediğim randevuların faturalandırılacağı tarafımdan bilinmektedir.

Diş doktorumun, diş teknisyenlerine ön ödeme yapmak zorunda kalacağı kapsamlı diş doktoru veya diş tekniği ile ilgili hizmetlerde gerektiğinde kredi koruma şirketinden veya kişiler hakkında bilgi veren istihbarat bürosundan kredibilite sorgulaması yapmasını kabul ederim.

Yer: Tarih:

İmza: