



Tarih formu

Karşılama

Biz diş ihtiyaçları hakkında tek başına konuşmaya başlamadan önce, biz de genel sağlık hakkında kişisel bilgilere ek olarak gerekir. Bu yeterli ve risksiz tedavisi için önemlidir. Tıbbi gizlilik tüm bilgiler konu, teşekkür ederim.

| | | | |
|------------------------------|--------------------|---------------------|-------|
| Adınız | Soyadınız | Doğum Tarihiniz | |
| Posta Kodu | şehir | Adresiniz | |
| Ev Telefonunuz | Cep Telefonunuz | iş yerinin Telefonu | |
| Kayıtlı olduğunuz Sigorta | Üye olduğunuz Kişi | Adı Soyadı | |
| Sizi Bize yönlendiren doktor | Adres | Diş Doktorunuz | şehir |

Aşağıda Bulunan Hastalıklar sizde var mı yada var mıydı:

| | Evet | Hayır | | Evet | Hayır |
|--|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| şeker Hastalığı | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sizde yüksek Tansiyon var mı? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kan Hastalıkları | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sizde düşük Tansiyon var mı? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfeksiyon Hastalıkları | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sizde Kalp Rahatsızlıkları var mı yada var mıydı? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Guatr Hastalıkları | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Doğusdan yada sonradan olan kalp yetmezliği var mı? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Akciğer iltihabı?/ Astım/Nefes Darlığı | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Kalp Kapakçığı Protezi? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sinir Hastalığı | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Kalp iltihabı? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Karaciğer Hastalıkları | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Kalp Ameliyatı geçirdiniz mi? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Romatizma Hastalıkları | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Sizde Kalp pilli mevcut mu? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Böbrek Hastalığı | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Kan Sulandırıcı ilaç Kullanıyormusunuz (ASS, Marcumar) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Epilepsi Hastalığı | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Bünyenizin Kaldıramadığı ilaç var mı? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mide-Bağırsak-Hastalıkları | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Alerjiniz mevcut mu? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Göz Hastalıkları | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | şu sıralar ne tür ilaç Kulanıyorsunuz? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sizde Tümör Tedavisi uygulandımı? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Kadın Hastalar için: Hamilemisiniz? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Baska Rahatsızlıklarınız var mı | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Bebek emziriyormusunuz? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Eğer evetse hangileri: _____ | | | | | |

Tarih

imza