

Hasta kayıt formu

Soyadı: _____ Adı: _____
Doğum tarihi: _____ Uyruğu: _____
Menşe ülke/şehri: _____
Bildirdiği diller: _____

Yalnızca küçükler için

Yasal vasi

Soyadı: _____ Adı: _____
Doğum tarihi: _____ Uyruğu: _____

İletişim bilgileri

Telefon / Cep telefonu numarası: _____
E-Mail: _____
Şu anki adres (sk./nr./şehir): _____
Tercüman / çevirmenin tel. no. _____

Lütfen aşağıdaki sağlık sorularını mümkün olduğunca doğru yanıtlayınız!

Bilgileriniz tıbbi gizlilik ve veri koruma hükümleri kapsamındadır ve gizli tutulacaktır.

Kalp / dolaşım hastalıkları	☐ evet	☐ hayır
Pıhtılaşma bozuklukları	☐ evet	☐ hayır
Epilepsi (nöbet)	☐ evet	☐ hayır
Astım / akciğer hastalıkları	☐ evet	☐ hayır
Bayılma	☐ evet	☐ hayır
Diyabet / Şeker hastalığı	☐ evet	☐ hayır
Karaciğer hastalığı / Hepatit	☐ evet	☐ hayır
Böbrek hastalıkları	☐ evet	☐ hayır
Romatizma / Artrit	☐ evet	☐ hayır
Tiroid hastalığı	☐ evet	☐ hayır
Tüberküloz	☐ evet	☐ hayır
HIV enfeksiyonu / AIDS	☐ evet	☐ hayır
Bulaşıcı hastalıklar (MRSA)	☐ evet	☐ hayır
Uyuşturucu bağımlılığı	☐ evet	☐ hayır
Sigara içen	☐ evet	☐ hayır

Hamile misiniz? ☐ evet ☐ hayır
Evet ise, kaçınıcı ayda? ay

Diğer hastalıklar: ☐ evet ☐ hayır

Alerjiler ve intoleranslar:

Lokal anestezi / enjeksiyonlar ☐ evet ☐ hayır
Antibiyotikler ☐ evet ☐ hayır
Ağrı kesiciler ☐ evet ☐ hayır
Diğer: _____

Daha önce diş röntgeni çekildi mi? ☐ evet ☐ hayır

Evet ise, ne zaman? _____

Diş eksikliği nedeniyle çiğnemekte güçlük çekiyor musunuz? ☐ evet ☐ hayır

Daha önce bir genel pratisyene başvurdunuz mu? ☐ evet ☐ hayır

Evet ise, hangi doktora? _____

Düzenli veya şu anda hangi ilaçları alıyorsunuz? _____ bu yana _____

_____ bu yana _____

_____ bu yana _____

_____, tarih _____ İmza: _____