

HASTA KAYIT VE ANAMNEZ FORMU

Hastanın

Adı : Soyadı :

1. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz?

.....

2. İlaç kullanıyor musunuz?

.....

3. Herhangi bir hastalığınız var mı, geçirdiniz mi?

.....

4. Aşağıda yazılı olan hastalıklardan sahip olduklarınızı işaretleyiniz.

Kalp hastalıkları	<input type="checkbox"/>	Şeker hastalığı	<input type="checkbox"/>
Tansiyon sorunu	<input type="checkbox"/>	Epilepsi (sara)	<input type="checkbox"/>
Ateşli romatizma	<input type="checkbox"/>	Eklem romatizması	<input type="checkbox"/>
Guatr (Troid tabletleri)	<input type="checkbox"/>	Kan hastalıkları	<input type="checkbox"/>
Alerjisi (ilaç, besin vb.)	<input type="checkbox"/>	Zührevi (cilt) hastalık	<input type="checkbox"/>
Sarılık	<input type="checkbox"/>	Astım, saman nezlesi	<input type="checkbox"/>
Böbrek karaciğer bozuklukları	<input type="checkbox"/>	Akciğer hastalıkları	<input type="checkbox"/>
Sinüzit	<input type="checkbox"/>	Kanser teşhisi	<input type="checkbox"/>
Bulaşıcı Hastalıklar (Hepatit, AIDS vb.)	<input type="checkbox"/>		

5. Baş ve boyun bölgesinde radyoterapi gördünüz mü?

6. Kemoterapi gördünüz mü?

7. Cerrahi müdahale veya yaralanma sonrası kanama uzun sürer mi?

8. Bunların dışında herhangi bir tıbbi sorunuz var mı?

9. Sürekli kontrolünde olduğunuz doktorunuz var mı?

10. Bayanlar için; hamilelik durumu:

Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu onaylıyorum.

Adı, soyadı :

Tarih :

İmza :