

(Lütfen aşağıdaki bilgileri eksiksiz olarak doldurunuz.)

## Hasta Bilgileri

Protokol No : .....

Kayıt Tarihi : ...../...../.....

Hasta Adı : .....  
Ad Soyad

Doğum Tarihi : ...../...../.....  
Gün / Ay / Yıl

Bay  Bayan

Mesleğiniz : .....

Tavsiye eden kişi : .....

Ev Adresiniz : .....

İlçe:..... İl : ..... Posta Kodu : .....

Ev Tel : (.....).....

Cep Telefonu : (.....).....

E-mail : .....@.....

Özel sağlık sigortanız var mı? Evet Hayır

Tedavi ve kontrol randevularımı hatırlatması için sms veya e-mail almak ister misiniz? Evet Hayır

## Anamnez Bilgileri

- Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz?

Hayır  Evet  .....

- Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı, varsa adını yazınız?

Hayır  Evet  .....

- Önceden geçirdiğiniz veya devam etmekte olan bir hastalığınız var mı?

Kalp Hastalıkları  Şeker Hastalığı  Tansiyon  Epilepsi (Sara)  
 Guatr (Tiroid)  Hepatit (Sarılık)  AIDS  Sinüzit

- Bu hastalıkların dışında herhangi bir sağlık sorunuz var mı?

Hayır  Evet  .....

- Daha önce diş tedaviniz yapılırken herhangi bir komplikasyonla veya alerjik reaksiyonla karşılaştınız mı?

Hayır  Evet  .....

- Herhangi bir ilaca karşı beklenmeyen bir reaksiyon geçirdiniz mi?

Hayır  Evet  .....

- Cerrahi müdahale veya yaralanma sonrası kanamanız uzun sürer mi?

Hayır  Evet  .....

- Gebelik veya gebelik ihtimaliniz var mı?

Hayır  Evet

- Diş sıkma veya gıcırdatma alışkanlığınız var mı?

Hayır  Evet

- Dişlerinizi fırçalama sıklığınız nedir?

Günde .....defa.

- Dişlerinizi fırçalarken diş etlerinizde kanama oluyor mu?

Hayır  Evet

- Sigara kullanıyor musunuz?

Hayır  Evet

- Dişlerinizle ilgili şikayetiniz nedir? .....

.....

.....