

## Hasta ile ilgili Bilgi Formu

Saglik durumunuzun, dis tedavisine etkisi olabilir. Bu nedenle bu anketi doldurmanizi rica ediyoruz. Bilgileriniz gizlilik esasina uygun olarak saklanip, mesleki sirlari saklama yükümlülüğüne tabidirler.

<b>Hitap</b>	<input type="radio"/> Bayan	<input type="radio"/> Bay	E-Mail	_____
Soyadiniz	_____		Tel. Ev	_____
Isminiz	_____		Tel. Is	_____
Cadde / Nr	_____		Tel. Cep	_____
Postakodu, semt	_____		Tabiiyet	_____
Dogum tarihi	_____		Meslek	_____

<b>Sigorta</b>	<input type="radio"/> Hastalik kasasi:	<input type="radio"/> Dis sigortasi:	<input type="radio"/> Kaza:
Nr _____	_____	_____	_____

<b>Mali yardım</b>	<input type="radio"/> Ergänzungsleistung (ilave ödenek)	<input type="radio"/> Sozialhilfe (Sosyal yardım)	<input type="radio"/> Yardım Yok?
--------------------	--	--	-----------------------------------

### Kanuni Vekil

<input type="radio"/> Bayan	<input type="radio"/> Bay		
Soyad, isim	_____	Tel. Ev	_____
Cadde / Nr	_____	Tel. Is	_____
Postakodu, semt	_____	Tel. Cep	_____

### Ev Doktoru Tedavi eden Doktor Çocuk Doktoru

<input type="radio"/> Bayan	<input type="radio"/> Bay	Postakodu, semt	_____
Soyad, isim	_____	Tel. Is	_____
Cadde / Nr	_____	Tel. Cep	_____

### Özel dis Hekiminiz

<input type="radio"/> Bayan	<input type="radio"/> Bay	Postakodu, semt	_____
Soyad, isim	_____	Tel. Is	_____
Cadde / Nr	_____	Tel. Cep	_____

### Klinige gelis sebebiniz:

Hangi Doktor veya dis hekimi tarafından gönderildiniz?	Soyad, isim Cadde / Nr Postakodu, semt	_____ _____ _____
---	--	-------------------------

## Saglik durumunuza yönelik sorular

01. Kısa süre önce biten yada halen sürmekte olan doktor tedaviniz var mı? Evet, hangi Hastalık?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayir
02. Hic <b>ameliyat</b> oldunuz mu? Olduysanız, hangi ameliyatlar?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayir
03. Hic <b>Hepatit</b> (sarilik, karaciger iltihabi) oldunuz yada su an gecirmekte misiniz?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayir
04. Su anda düzenli olarak <b>ilac</b> kullaniyor musunuz? Kullanıyorsanız, hangileri?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayir

Bisphosphonat kullanıyor musunuz (örn. osteoporoz)?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayir
---	--

05. **Kalp-dolasim** hastaliklariniz var mi? Evet ise isaret koyunuz.  Evet  Hayir  
 Yüksek yada düşük tansiyon   Angina pectoris  
 Kalp krizi  Felc  
 Kalp kapakcigi hatasi, yapay kalp kapakcigi  Kalp ic zari iltahabi (Endokardit)
06. **HIV-pozitiv** misiniz?  Evet  Hayir
07. **Kan hastaliginiz** var mi? Evet ise isaret koyunuz.  Evet  Hayir  
 Kan hastaligi (hemofili)  Kansizlik (Anemi)  
**Kan sulandirici** ilac kullaniyor musunuz?  Evet  Hayir
08. **Metabolik** hastaliginiz var mi? Evet ise isaret koyunuz.  Evet  Hayir  
 Tiroit bezi hastaliklari  Seker hastaligi (diyabet)  
 Diger hastaliklar? \_\_\_\_\_
09. **Alerjiniz** var mi? Evet ise isaret koyunuz.  Evet  Hayir  
 Bahar nezlesi (saman nezlesi)  Astim  Baska: \_\_\_\_\_  
Vücutunuz asagida belirtilen siklardan birine asiri reaksiyon veriyormu: \_\_\_\_\_  
 Igne?  Ilac?  
 Gargara?  Gida ürünleri?
10. Hic simdiye kadar:  
 Üst cene enfeksiyonu (sinüzit)?  Kemoterapi? Neden? \_\_\_\_\_  
 Romatizma, eklem siskinligi? \_\_\_\_\_  
 Sindirim bozuklugu?  Radyoterapi? Nerede? \_\_\_\_\_  
 Hormonel bozukluk?  Baska ciddi hastalik?  
 Tüberkuloz? Evet ise, hangi hastalik? \_\_\_\_\_  
 Organ hastaligi (akciger, karaciger, böbrek gibi)? \_\_\_\_\_
11. **Hamile** misiniz? Hangi hafta? \_\_\_\_\_  Evet  Hayir
12. **Eklem protezi, kalp pili** veya baska bir **implant** tasiyormusunuz?  Evet  Hayir  
Hangileri? \_\_\_\_\_
13. Halen sigara iciyor musunuz? Veya daha önce ictiniz mi?  Evet  Hayir  
Ne iciorsunuz? \_\_\_\_\_ Nekadar? \_\_\_\_\_
14. **Agiz kokusu** sorunuz var mi?  Evet  Hayir
15. Spor yaparken **agiz koruyucu** kullaniyor musunuz??  Evet  Hayir  
Kisa bir süre önce bir **dis kazasi** gecirdiniz mi?  Evet  Hayir

Hastaligimin seyri ile ilgili **bilgi** ve bulgularin, röntgen ve fotoograflarin, bunlarin kopya veya baskilari da dahil olmak üzere, acikliga kavusturma veya bilgilendirme amaclı doktorumla veya diger tıbbi mesleki sirlari saklama yükümlülüğündeki kisi veya sigorta sirketleri ile degis tokusa tabi tutulabilecegini kabul ettigimi ve ayrıca fatura, tahsilat ve muhasebe amaclı bilgilerin ilgili kurum ve kuruluslara gönderilebilmesine izin verdigimi beyan ederim.

Tarih:

Imza:

**Gerektigi** taktirde bana lokal anestezi (bölgesel uyusturma) yapilmasini kabul ediyorum. Bunun cok ender olsada alt cene ve dilde genelde tekrar ortadan kalkan rahatsızlanmalara (uzun süreli hissizlik duygusu, karincalanma) yol acabilecegi konusunda **bilgilendirildim**. Ayrıca kısmi anestezinin uygulandigi dis-cerrahisi müdahalelerinin sonrasinda uzum süreli aktif olarak trafige katilmanin kaza riskini yükselttigi konusunda bilgilendirilerek uyarildim.

Tarih:

Imza:

Benden alınan tüm **bilgilerin**, doku örneklerinin ve çekilen dislerin, gizli tutulmaları, anonim kalmaları sarti ile tıbbi araştırmalarda bilimsel nedenlerle kullanılabilinecegini kabul ettigimi beyan ederim. Bu veriler, yine gizli tutulmaları ve anonim kalmaları sarti ile denetleme ve kontroll amacıyla resmi merciler ve eyalet etik komisyonu tarafından denetlenebilir. Tedavi eden dis hekimleri bu konularda meslek sir tutma yükümlülüğünde degildirler. Bana hic bir dezavantaj olusmadan bu verdigim müsaadeyi her an geri cekebilirim (veto hakkı).

Tarih:

Imza: