



Değerli hastalarımız!

Aşağıdaki soru formunu doldurup, lütfen resepsiyona teslim ediniz. Bu form doktora iletilecektir. Oluşabilecek karışıklığı önlemek için bilgileri tam ve doğru şekilde veriniz.

- Ciddi bir hastalık veya ameliyat geçirdiniz mi? -Örnek: kalp krizi, felç, damar tıkanıklığı(tromboz), akciğer enfarktüsü, yüksek tansiyon, şeker hastalığı, sara hastalığı(epilepsi), kemik erimesi(osteoporoz), astım, kalp veya göğüs anjini, kanser, eklem ameliyatları, kemik kırılmaları, kazalar,-

Bunlardan hangileri ve ne zaman veya ne zamandan beri mevcut?

.....
.....
.....

- Bulaşıcı hastalığınız var mı veya geçirdiniz mi? Mesela Hepatit A,B,C, verem (tüberküloz), HIV, sürekli salmonella enfeksiyon hastalığı, MRSA (stafilokok enfeksiyonu), VRE (vankomisin enterekolit bakteri hastalığı), ESBL(uzun süreli spektrum beta laktam) Bunlardan hangileri ve ne zaman veya ne zamandan beri mevcut?

.....

- Şu an hangi ilaçları sürekli veya geçici olarak kullanıyorsunuz?

.....
.....

- Vücudunuzda metal parçaları bulunuyor mu? (kalp pili, kemik çivisi, suni eklem, metal parçaları, spiral, diş dolgusu) Hangileri mevcut ve vücudunuzun neresinde?

.....

- kalp piliniz mevcut mu? hayır evet

- varis var mı? hayır evet

- hamile misiniz? hayır evet

- İlaçlara karşı bilinen bir alerjiniz var mı? hayır evet, hangileri?

.....

- bugüne kadar bir fizik tedavi esnasında herhangi bir zorlukla karşılaştınız mı? Hangi?

.....

İSİM

DOĞUM TARİHİ

TARİH

İMZA