

Hastanın Adı Soyadı: \_\_\_\_\_ Hasta Kimlik Numarası: \_\_\_\_\_  
Doğum Tarihi: \_\_\_\_\_

**I. UYGUN YANITI DAİRE İÇİNE ALINIZ (Soruyu anlamazsanız boş bırakınız):**

1. Evet Hayır Genel sağlığımız iyi midir?
2. Evet Hayır Son yıl içinde sağlığımızda bir değişiklik oldu mu?
3. Evet Hayır Son üç yıl içinde hastaneye yattınız mı ya da ciddi bir hastalık geçirdiniz mi?  
EVET ise, nedenini açıklayınız. \_\_\_\_\_
4. Evet Hayır Şimdi bir doktor tedavisi görüyor musunuz? Ne için? \_\_\_\_\_  
En son ne zaman sağlık muayenesi oldunuz? \_\_\_\_\_ En son ne zaman Diş muayenesi oldunuz? \_\_\_\_\_
5. Evet Hayır Daha önce diş tedavilerinizde herhangi bir sorunla karşılaştınız mı?
6. Evet Hayır Şu anda ağrınız var mı?

**II. AŞAĞIDA BELİRTİLENLERİ YAŞADINIZ MI?:**

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| 7. Evet Hayır Göğüs ağrısı (anjin)?                                | 18. Evet Hayır Baş dönmesi?           |
| 8. Evet Hayır Bilek şişmesi  | 19. Evet Hayır Kulak çınlaması?       |
| 9. Evet Hayır Nefes darlığı?                                       | 20. Evet Hayır Baş ağrısı?            |
| 10. Evet Hayır Son zamanlarda kilo kaybı, ateş, geceleyin terleme? | 21. Evet Hayır Bayılma nöbetleri?     |
| 11. Evet Hayır Geçmeyen öksürük, kan tükürme?                      | 22. Evet Hayır Bulanık görüş?         |
| 12. Evet Hayır Kanama sorunu, kolayca çürüme?                      | 23. Evet Hayır Nöbetler?              |
| 13. Evet Hayır Sinüzit sorunları?                                  | 24. Evet Hayır Aşırı susama?          |
| 14. Evet Hayır Yutma zorluğu?                                      | 25. Evet Hayır Sık sık idrara çıkma?  |
| 15. Evet Hayır İshal, kabızlık, dışkıda kan?                       | 26. Evet Hayır Ağız kuruması?         |
| 16. Evet Hayır Sık sık kusma, mide bulantısı?                      | 27. Evet Hayır Sarılık?               |
| 17. Evet Hayır İdrar zorluğu, idrarda kan?                         | 28. Evet Hayır Eklem ağrısı, tutulma? |

**III. ŞU ANDA VEYA GEÇMİŞTE AŞAĞIDA BELİRTİLEN HASTALIĞA YAKALANDINIZ MI?:**

- |   |  |
|---|--|
| 29. Evet Hayır Kalp hastalığı?                                    | 40. Evet Hayır AIDS                                |
| 30. Evet Hayır Kalp krizi, kalp kusurları?                        | 41. Evet Hayır Tümör, kanser?                      |
| 31. Evet Hayır Kalp hırıltıları?                                  | 42. Evet Hayır Arterit, romatizma?                 |
| 32. Evet Hayır Ateşli romatizma?                                  | 43. Evet Hayır Göz hastalığı?                      |
| 33. Evet Hayır Beyin felci, atar damar sertleşmesi?               | 44. Evet Hayır Deri hastalığı?                     |
| 34. Evet Hayır Yüksek tansiyon?                                   | 45. Evet Hayır Anemi?                              |
| 35. Evet Hayır Astım, TB, anfizem, diğer akciğer rahatsızlıkları? | 46. Evet Hayır VD (frengi, belsoğukluğu)?          |
| 36. Evet Hayır Kara sarılık, diğer karaciğer hastalıkları?        | 47. Evet Hayır Uçuk?                               |
| 37. Evet Hayır Mide sorunları, ülser?                             | 48. Evet Hayır Böbrek, idrar torbası hastalıkları? |
| 38. Evet Hayır Hap, yiyecek, ilaç, latekse karşı alerji?          | 49. Evet Hayır Tiroid, böbreküstü bezi hastalığı?  |
| 39. Evet Hayır Ailede şeker hastalığı, kalp sorunları, tümörler?  | 50. Evet Hayır Şeker hastalığı?                    |

**IV. ŞU ANDA VEYA GEÇMİŞTE AŞAĞIDA BELİRTİLEN HASTALIĞA YAKALANDINIZ MI?:**

- |                                      |                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| 51. Evet Hayır Psikiyatrik bakım?    | 56. Evet Hayır Hastaneye yatma? |
| 52. Evet Hayır Işın tedavisi?        | 57. Evet Hayır Kan nakli?       |
| 53. Evet Hayır Kemoterapi?           | 58. Evet Hayır Ameliyat?        |
| 54. Evet Hayır Takma kalp kapakçığı? | 59. Evet Hayır Kalp pili        |
| 55. Evet Hayır Yapay eklem?          | 60. Evet Hayır Kontak lens?     |

**V. AŞAĞIDA BELİRTİLENLERİ KULLANIYOR MUSUNUZ?:**

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| 61. Evet Hayır Keyif verici uyuşturucular?                                 | 63. Evet Hayır Tütün? |
| 62. Evet Hayır Hap, ilaç, reçetesiz ilaç (aspirin dahil), doğal tedaviler? | 64. Evet Hayır İçki?  |
- Lütfen listeleyiniz: \_\_\_\_\_

**VI. YALNIZ KADINLAR:**

- |  |   |
|--|---|
| 65. Evet Hayır Hamile misiniz ya da olma olasılığınız var mı veya emziriyor musunuz? | 66. Evet Hayır Doğum kontrol hapı kullanıyor musunuz? |
|--|---|

**VII. TÜM HASTALAR:**

67. Evet Hayır Bu formda belirtilmeyen başka bir hastalığınız ya da sağlık sorununuz oldu mu ya da var mı?  
Varsa, lütfen açıklayınız: \_\_\_\_\_

*Bildiğim kadarıyla her soruyu tam ve doğru yanıtladım. Dişçime sağlığım ve/veya aldığım ilaçlar hakkında değişiklik olursa bildireceğim.*

Hastanın imzası: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_

**HATIRLATMA İNCELEMESİ:**

1. Hastanın imzası \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_
2. Hastanın imzası \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_
3. Hastanın imzası \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_