

Doğum tarihi

E-Posta:

Telefon (özel): .....

(iş yeri): .....

Meslek/İşveren: .....

Ev doktoru: Adı: .....

Adresi: .....

Telefon: .....

**Lütfen sağlık durumunuza ilişkin aşağıdaki soruları olabildiğince tam olarak yanıtlayınız!** Bilgiler, tıbbi gizliliğe ve veri koruma yasası talimatnamelerine tabi olup kesinlikle gizli tutulacaktır.

**Kalp/kan dolaşımı hastalıkları:**

Yüksek tansiyon  evet  hayır  
 Düşük tansiyon  evet  hayır  
 Kalp kapağı kusurları  evet  hayır  
 Yapay kalp kapağı  evet  hayır  
 Kalp pili  evet  hayır  
 Endokard iltihabı  evet  hayır  
 Kalp ameliyatı  evet  hayır

**Yüksek dereceli nöotropeni**  evet  hayır  
**Mukoviszidoz rahatsızlığı**  evet  hayır  
**Organ nakledilmiştir**  evet  hayır  
**Kök hücre nakledilmiştir**  evet  hayır

**Bulaşıcı hastalıklar:**

HIV enfeksiyonu/AIDS evresi  evet  hayır  
 Karaciğer rahatsızlığı/hepatit  evet  hayır  
 Tüberküloz (verem)  evet  hayır  
 Diğer bulaşıcı hastalıklar  evet  hayır

**Gebelik durumu mevcut mu?**  evet  hayır

Yanıt evetse, kaçınıcı aydasınız? .....ay

**Düzenli olarak veya halen hangi ilaçları alıyorsunuz?** .....

**Bisfosfonat alıyor musunuz?**  evet  hayır

**Size, tıbbi yönden kemoterapi uygulanıyor mu?**  evet  hayır

**Size, kanser hastalığından dolayı ışın tedavisi uygulanıyor mu?**  evet  hayır

**Yüksek dozda steroidler / immünesupresifler alıyor musunuz?**  evet  hayır

**Nöbet rahatsızlıkları (Epilepsi)**  evet  hayır

**Astım/Akciğer rahatsızlıkları**  evet  hayır

**Kan pıhtılaşması bozuklukları**  evet  hayır

**Diyabet/Şeker hastalığı**  evet  hayır

**Uyuşturucu bağımlılığı**  evet  hayır

**Sinir hastalığı**  evet  hayır

**Böbrek rahatsızlıkları**  evet  hayır

**Bayılma (senkop) atakları**  evet  hayır

**Osteoporoz rahatsızlığı**  evet  hayır

**Sigara içen**  evet  hayır

**Romatizma/artirit (eklem iltihabı)**  evet  hayır

**Troit bezi (guatr) rahatsızlığı**  evet  hayır

**Diğer rahatsızlıklar:**  evet  hayır

**Alerjiler veya enkompatibiliteler:**

Lokal anestezi/enjeksiyonlar  evet  hayır

Antibiyotikler  evet  hayır

Ağrı kesici ilaçlar  evet  hayır

Metaller: .....

**Diş hekimliği ile ilgili**

**röntgen filmi çektirdiniz mi?**

Yanıt evetse, ne zaman? .....

Bilgilerimin elektronik ortamda hafızalanmasını, işleme tabi tutulmasını ve geri çağırma sistemine alınmasına ilişkin verilerimin kullanılmasını kabul ediyorum.

Tüm tedavi süresi boyunca bütün değişiklikleri derhal bildireceğimi taahhüt ederim. Buna ek olarak kararlaştırılan tedavi randevularına uyacağımı ve iptal etme durumunda en azından kararlaştırılan randevudan 24 saat öncesinde haber vereceğimi taahhüt ederim. Gelmediğim veya zamanında iptal etmediğim randevuların faturalandırılacağı tarafımdan bilinmektedir.

**Diş doktorumun, diş teknisyenlerine ön ödeme yapmak zorunda kalacağı kapsamlı diş doktoru veya diş tekniği ile ilgili hizmetlerde gerektiğinde kredi koruma şirketinden veya kişiler hakkında bilgi veren istihbarat bürosundan kredibilite sorgulaması yapmasını kabul ederim.**

Yer: ..... Tarih: .....

İmza: .....