



KABUL FORMU

Diş tedavinizin en iyi şekilde yapılabilmesi için bazı bilgilerimize ihtiyacımız var. Bunun için bu soru formunu mümkün olduğunca boşluksuz doldurmanızı rica ederiz; sorularınız olursa size memnuniyetle yardımcı olmak isteriz. Vereceğiniz bütün bilgiler hekimlerin sır saklama yükümlülüğüne tabidir.

General patient data

Soyadı: _____
Adı: _____
Doğum tarihi: _____

Adres

Cadde, No.: _____
Posta kodu: _____
Mahalle: _____
Telefon: _____
Cep telefonu: _____

Sigorta Bilgileri

Yasal sigortalı
İsteğe bağlı sigortalı
Özel sigortalı (Temel tarife)
Sağlık sigortası: _____
Aile sigortalı
Sigortalının soyadı, adı, doğum tarihi: _____

Gönüllü olarak verilen bilgiler

Ev doktoru: _____
Adresi: _____
Tel.: _____
Son diş hekiminiz: _____
Adres: _____
Tel.: _____
Son geliş tarihiniz: _____
Meslek/işveren: _____
Adres: _____
Tel.: _____

Özel sigortalı

Hastanın Tıbbi Geçmişi

Halen doktor tedavisi görüyor musunuz? Evet Hayır
Şimdiye kadar büyük bir ameliyat geçirdiniz mi? Evet Hayır
Şimdiye kadar hiç ağır bir hastalık geçirdiniz mi? Evet Hayır
Halen ilaç alıyor musunuz? Evet Hayır
Cevabınız evet ise, hangilerini? _____

Aşağıdaki hastalıklardan birini taşıyor musunuz?

Romatizma Sarılık Tansiyon
Tüberküloz Cinsel hastalıklar Beyin felci
Kalp hastalıkları Astım, bahar nezlesi Böbrek yetmezliği
AIDS, HIV+ Diyabet, şeker Diğer: _____

Aşağıdaki ilaçlardan birine karşı istenmeyen bir tepkiniz (alerjiniz) var mı (var mıydı)?

Aspirin İyot Sülfonamid
Nikel Altın Penisilin

Akut veya kronik dolaşım ya da kalp hastalığınız var mı? Evet Hayır
Sadece kadınlar: An itibarıyla hamile olabileceğinizden şüpheleniyor musunuz? Evet Hayır
Sadece kadınlar: Oral antikonseptif (doğum kontrol hapı) kullanıyor musunuz? Evet Hayır

Yer, tarih: _____ İmza: _____