

Hasta kayıt formu

Hasta Numarası: _____

Soyadı: _____ İsim: _____

Hastalık kasanız: _____

Adres: _____

Meslek/İşveren: _____

Doğum tarihi: _____

Adı: _____

Telefon özel: _____

Adresi: _____

Telefon cep: _____

Telefonu: _____

Ev doktorunuz**Lütfen aşağıda bulunan, sağlık durumunuz hakkındaki soruları tam olarak yanıtlayınız!**

Bu veriler doktorların sır saklama mecburiyetine ve Verileri Saklı Tutma Kanununa bağlı olarak çok gizli tutulmaktadır.

Aşağıdaki hastalıklar şu anda var mı/varmıydı:

Tansiyon düşük normal yüksek
 Kalp kapakçığında problem evet hayır
 Kalp kapakçığı değişdimi evet hayır
 Kalp pili taşıyormusunuz evet hayır
 Endokarditis evet hayır
 Kalp ameliyatı geçirdinizmi evet hayır
 Kalp krizi geçirdinizmi evet hayır
 (Kalp defteriniz var ise lütfen bize gösterin.)
 Marcumar kullanıyormusunuz? evet hayır
 İnme (Apoplexia) evet hayır
 Felç evet hayır
 Sara (Epilepsi) evet hayır
 Astım evet hayır
 Kan pıhtılaşma evet hayır
 Uzun süre kanama evet hayır
 Kanama hastalığı evet hayır
 Romatizma evet hayır

Osteoporoz (Kemik erimesi) evet hayır
 Diabet (Şeker hastalığı) evet hayır
 Guatr hastalığı evet hayır
 Bayılma problemi evet hayır

Bulaşıcı hastalıklar:

AIDS evet hayır
 Hepatitis (Sarılık) Hep. A Hep. B Hep. C
 Tüberküloz evet hayır

Vücudun kaldıramadığı veya alerjik olduğu maddeler:

(Alerjik defteriniz var ise lütfen bize gösterin):

lokal İnjektion (iğne) evet hayır
 Antibiyotik evet hayır
 Ağrı kesiciler evet hayır
 Metaller: _____

Diğer hastalıklar: _____

Hamile misiniz? evet hayır

Evet ise, hangi ayda? _____ ay

Şimdiye kadar diş doktorunuz tarafından hiç röntgen filminiz çekildi mi?

(Röntgen defteri var ise lütfen bize gösterin). evet hayır

Evet ise ne zaman? _____

Düzenli olarak veya şu anda hangi ilaçları kullanıyorsunuz? _____

Sigara kullanıyor musunuz? evet hayırTerminlerinize hatırlatmamızı istermisiniz? Evet, tabikiSizi telefon ile bilgilendirebilir miyiz? evet hayır Sizi kartpostal ile bilgilendirebilir miyiz? evet hayırProfesyonel diş temizlemesi, sağlıklı diş ve diş etleri için, istermisiniz? evet hayırGelme nedeniniz: Bilgi almak için Acil durum için Tedavi görmek için (burada komple tedavi olmak üzere) Kim tarafından gönderildiniz? _____Son bir yılda diş tedavisi gördünüz mü? evet hayır

Hakkımdaki verilerin elektronik olarak kaydedilip işleme tabi tutulmasını kabul ediyorum.

Tüm tedavi süresi boyunca ortaya çıkabilecek değişiklikleri derhal bildireceğimi taahhüt ederim. Ayrıca tedavi için belirlenen randevulara uyacağımı ve iptal etmek istediğim randevuları en az 2 gün öncesinden haber vereceğimi taahhüt ederim. İptal edilmeyen veya zamanında iptal edilmeyen randevular için fatura yazılabileceğini biliyorum.

Çok kapsamlı diş tedavileri sırasında diş doktorumun teknisyen dişçiye karşı finansal olarak sorumlu hale gelmesi durumunda hakkımda bir kredi koruma kurumu tarafından ödeme güvenilirliği soruşturması yapılmasını kabul ediyorum.

Yer/Tarih _____ İmza: _____