

Sağlık Durumu Bilgi Formu

Bu form bilgi amaçlı, kişiyi tanıtmaya yönelik olup kişisel bilgiler başka amaçlı olarak kullanılmaz.

PROF DR MUSTAFA TERCAN ESTETİK PLASTİK CERRAHI

TARİH:

PROTOKOL NO:

ADI ve SOYADI:
DOĞUM TARİHİ:
DOĞUM YERİ:
ADRES:
TELEFON:
E-MAIL:

ŞİKAYETİNİZ

ÖZ GEÇMİŞ BİLGİLERİNİZ (lütfen el yazısı ile doldurunuz)

DAHA ÖNCE AMELİYAT OLDUNUZ MU?

ALLERJİNİZ VAR MI?

KULLANDIĞINIZ İLAÇLAR VAR MI?

HORMON TEDAVİSİ YAPILDI MI?

KAN VERİLDİ Mİ?

HERHANGİ BİR HASTALIĞINIZ VAR MI

1)YÜKSEK TANSİYON VAR MI?

2)ŞEKER (DİABET) VAR MI?

3)GUATIR (TROID BEZİ HASTALIĞI) VAR MI?

4)KANAMA BOZUKLUĞU VAR MI?

5)HEPATİT, HIV (AIDS) YADA TAŞIYICILIĞI VAR MI?

6)BÖBREK HASTALIĞI VAR MI?

7)ASTİM GİBİ AKCİĞER HASTALIKLARI VAR MI?

8)KALP HASTALIKLARI VAR MI VAR MI?

9)ÇİLDİNİZDE TÜYLENME VAR MI VAR MI?

10)ROMATİZMAL HASTALIKLAR VAR MI (eklem romatizması, romatoid artrit gibi)

11)DİĞER HASTALIKLAR

BİTKİSEL ÇAYLAR YADA ÜRÜNLER KULLANIYORMUSUNUZ

SİGARA, ALKOL YADA MADDE KULLANIMI VAR MI

(BAYANLAR İÇİN) HAMİLELİK DURUMU VAR MI

FİZİKSEL DEĞERLENDİRME

BOYUNUZ:

KİLONUZ:

TANSİYON:

NABİZ:

Yukarda verilen bilgilerin doğru olduğunu beyan ediyorum. İmza