

ANAMNEZ FORMU

1 Şu an herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet Hangi ilaç?
☐ Hayır

2 Son 5 yılda ciddi bir hastalık, ameliyat geçirdiniz mi?

- ☐ Evet Nedir?
☐ Hayır

3 Şu an doktor kontrolü altında mısınız?

- ☐ Evet Nedeni?
Doktorun adı
☐ Hayır

4 Daha önce lokal anestezi oldunuz mu?

- ☐ Evet
☐ Hayır

5 İlaç veya dental materyal (toz, polen, porselen, yiyecek) alerjiniz var mı?

- ☐ Evet ☐ Penisilin ☐ Lokal anestezik ☐ Sedatif,uyku ilacı ☐ Latex
☐ Hayır

6 Kalça-diz Protezi var mı?

- ☐ Evet
☐ Hayır

7 Hamile misiniz?

- ☐ Evet ☐ 1-2-3 ay ☐ 4-5-6 ay ☐ 7-8-9 ay
☐ Hayır

8 Sigara kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet
☐ Hayır

9 Baş ve boyun bölgesinde radyoterapi veya kemoterapi gördünüz mü?

- ☐ Evet
☐ Hayır

ANAMNEZ FORMU

10 Geçirdiğiniz hastalıklar

Kalp-damar hastalıkları	☐ Evet	☐ Kalp krizi	☐ Kongenital kalp hastalığı	☐ Yapay kalp kapakçığı
	☐ Hayır	☐ Kalp pili	☐ Hipertansiyon	☐ Ritm bozukluğu
Şeker	☐ Evet	Kanser	☐ Evet	
	☐ Hayır		☐ Hayır	
Kanama problemi	☐ Evet	Zührevi Hastalık	☐ Evet	
	☐ Hayır		☐ Hayır	
AİDS	☐ Evet	Tiroid Hastalığı	☐ Evet	
	☐ Hayır		☐ Hayır	
Hepatit	☐ Evet	Böbrek Hastalığı	☐ Evet	
	☐ Hayır		☐ Hayır	
Epilepsi	☐ Evet			
	☐ Hayır			

11 Bifosfonat grubu bir ilaç kullandınız mı?(osteoporoz tedavisinde, kanser hastalarında kemik metastazını önlemek için)

- ☐ Evet
☐ Hayır

Kullandıysanız devam ediyor musunuz? En son ne zaman aldınız?

- ☐ Evet Tarih:///
☐ Hayır

ONAM

Bu formdaki sorulara verdiğim cevapların bana ait olduğunu ve bilgilerin doğruluğunu onaylıyorum.

Hastanın Protokol Numarası:

Hastanın;

Ad Soyad:
T.C. Kimlik No.:
Tel:
Adres:
İmza:

veya Hastanın Yasal Temsilcisinin*

Ad Soyad/Yakınlık Derecesi:
T.C. Kimlik No.:
Tel:
Adres:
İmza:

Hekim Ad Soyad: Tarih:Kaşe/İmza:

* Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne- baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır.(Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz.)