

DIŞ POLİKLİNİĞİ HASTA TANILAMA VE TEDAVİ FORMU

Hasta Adı Soyadı:

Protokol Numarası:

TC Kimlik Numarası:

Herhangi bir sebeple hastanede
yattınız mı?☐

Radyoterapi alıyor musunuz/aldınız mı?

☐

Sarılık

☐

Tüberküloz

☐

AIDS

☐

Ateşli Romatizma

☐

Diabet

☐

Hipertansiyon

☐

Hormonal Hastalıklar

☐

Sürekli Kullanılan İlaçlar

☐

Ailedeki Genel Hastalıklar:.....

Kalp/Damar Hastalıkları

☐

Sindirim Sistemi Hastalıkları

☐

Karaciğer Hastalıkları

☐

Böbrek Hastalığı

☐

Solunum Sistemi Hastalıkları

☐

Kan Hastalığı/Anemi

☐

Kanama Zamanı/Pıhtılaşma Zamanı

☐

Alerji (Gıda ,Penesilin, Anestezik

Madde, Ağrı Kesici):

☐

Son 14 gün içinde ateş, öksürük, solunum güçlüğü, covid-19 geçirdiniz mi?

Yada geçiren biriyle temasınız oldu mu?

AĞIZ ŞEMASI TEŞHİS

1

2

TEDAVİ PLANLAMASI

1

2

Yukarıdaki verdiği bilgilerin doğruluğunu onaylıyorum.

Onaylayan Adı Soyadı:

İmza:

Tarih: