



T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

ANAMNEZ FORMU

Kod: HD.FR.21

Yayın Tarihi:15.12.2020

Revizyon No:

Revizyon Tarih:

S.N:1/1

Lütfen cevaplayınız !!! (İlgili kısmı ✓ şeklinde işaretleyiniz)	EVET	HAYIR
Göğüs bölgesinde ağrı var mı?		
Kalp krizi geçirdiniz mi? (cevabınız evet ise ne zaman?)		
Kalp kapak sorunu veya protetik kalp kapağınız mevcut mu?		
Yüksek tansiyonunuz var mı?		
Aşırı kanama eğiliminiz var mı? (Zor duran kanama vb.)		
Felç tarzında bir rahatsızlığınız oldu mu?		
Epilepsi (Sara) var mı?		
Astım var mı?		
Alerjiniz var mı? (İlaçlara vb.)		
Diabetes Mellitus / Şeker hastası mısınız? İnsülin kullanıyor musunuz?		
Tiroid Bezi rahatsızlığınız (guatr vd.) var mı?		
Karaciğer rahatsızlığınız mevcut mu?		
Böbrek rahatsızlığınız var mı?		
Herhangi bir kanser-tümör (lösemi, karsinom vb.) öykünüz var mı?		
Vücudunuzda mevcut herhangi protez (platin ve/veya kalça protezi uyg. vb.) var mı?		
Kemik erimesine karşı bir ilaç kullanıyor musunuz?		
Enfeksiyon hastalıkları		
Sarılık-Hepatit geçirdiniz mi (cevabınız evet ise biliyorsanız tipi)		
HIV –AIDS		
Bayan Hastalar için: Hamilelik söz konusu mu ?		
Yukarıdakilerden farklı olarak şu rahatsızlığım/rahatsızlıklarım mevcut!		
Kullandığınız ilaçlar (varsa):		

ONAY

Yukarıda yazılı ve ağız planında işaretli tedavi işlemlerinin, Öğretim elemanları tarafından veya öğretim elemanı denetiminde stajyer diş hekimleri tarafından yapılmasına onay veriyorum. Kimlik bilgilerimin gizli tutularak anamnez bilgilerimin, fotoğraflarımın, tetkik sonuçlarımın (radyografiler, laboratuvar sonuçları vb.) teşhis, bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabileceğini kabul ediyorum. Yukarıda yazılanları okuduğumu, doktoruma genel durumumla ilgili doğru bilgiler verdiğimi, komplikasyonlar hakkında sözlü ve yazılı aydınlatıldığımı, bunları göz önünde bulundurarak tedaviyi durdurma veya reddetme hakkım olduğunu bilerek doktorum tarafından yapılacak muayene ve tedavileri kabul ediyorum ve onaylıyorum.
(LÜTFEN AŞAĞIDAKİ BOŞLUĞA ‘Bu Onam Formunu, Okudum ve Anladım’ YAZARAK İMZALAYINIZ)

.....

	Adı Soyadı	İmza	Tarih ve Saat
Hasta/Hastanın Yasal Temsilcisi-Yakınlık Derecesi			/...../20.... :
Bilgilendirmeyi Yapan Hekim			/...../20.... :
Tercüman (Kullanılması Halinde)			/...../20.... :

İşlem Yapılacak Bölge:																			
</																			

NOTLAR:

Acil Durum Varlığında Temasa Geçilecek Kişi:

Telefon:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Hastane Müdürü	Kalite Koordinatörü	Başhekim