

Diş Tedavisi için Gerekli Bilgiler (Medizinische Fragen für die Zahnbehandlung)

Adınız: _____

Soyadınız: _____

Doğum tarihiniz: _____ Telefon: _____

Şikayetiniz, rahatsızlığınız: _____

İsteğiniz, ne yapılmasını istiyorsunuz? _____

Sürekli olarak kullandığınız ilaçlar var mı, varsa neler? _____

Belirli maddelere karşı alerjiniz var mı, varsa neler?

evet hayır _____

Herhangi bir sistemik rahatsızlığınız var mı? (kalp hastalığı, şeker, yüksek tansiyon vb.) Varsa neler?

evet hayır _____

Herhangi bir sistemik rahatsızlığınız varsa bununla ilgili ilaç kullanıyor musunuz?

evet hayır _____

Hastalığınızla ilgili tahlil yaptırdıysanız son tahlil sonuçlarına göre hastalığınız normal değerlerde mi?

(şeker, yüksek tansiyon vb.)

evet hayır _____

Herhangi bir kan hastalığınız var mı?

evet hayır _____

Hepatit (sarılık) geçirdiniz mi? evet hayır

Daha önce hiç diş hekiminde ağızınıza iğne yapıldı mı? evet hayır

Daha önce herhangi bir ameliyat oldunuz mu? Cevabınız evet ise ne zaman ve ne operasyonu geçirdiniz?

evet hayır _____

En son ne zaman ve ne için doktora gittiniz? _____
