



Adı, Soyadı : _____

Doğum tarihi: _____

Hasta anket formu

Kalp ve dolaşım hastalıkları (Herz-, Kreislaufkrankungen)

Düşük tansiyon (Niedriger Blutdruck)

Yüksek tansiyon (Hoher Blutdruck)

Bayılma (senkop) atakları

Ohnmacht

evet

hayır

Endokard iltihabı?

Endokarditis

evet

hayır

Kalp pili?

Herzschrittmacher

evet

hayır

Yapay kalp kapağı?

Herzklappenersatz

evet

hayır

Kalp bozukluğu

Herzfehler

evet

hayır

Herhangi bir kalp ilacı düzenli?

Nehmen Sie sonstige Herzmedikamente?

evet

hayır

Eğer öyleyse hangisi? _____

Wenn ja, welche?

Antikoagülanlar (z.B ASS, Marcumar, Eliquis)

Blutgerinnungshemmer ?

Kortizon

Cortison

Kalp pasaportunuz var mı?

Besitzen Sie einen Herzpass?

evet

hayır

Kalp kirizi?

Herzinfarkt

evet

hayır

Evet ise ne zaman? _____

Wenn ja. wann?

Felç?

Schlaganfall

evet

hayır

Tümör (Tumor)

evet

hayır

Buna ne dersin? _____

Wenn ja, welche?

Ameliyat mı edildi?

Wurde es operiert?

evet

hayır



Adı, Soyadı : _____

Doğum tarihi: _____

Bitkisel ve kronik hastalıklar (Vegetative und Chronische Erkrankungen)

Baş dönmesi

Schwindel

evet

hayır

Bayılma (senkop) atakları

Ohnmacht

evet

hayır

Astım

Asthma

evet

hayır

Sigara içiyor musunuz?

Rauchen Sie?

evet

hayır

Evet ise günde kaç tane? _____

Wenn ja, wie viele?

Bulaşıcı hastalıklar (Infektionskrankheiten)

HIV (HIV)

Hepatit (Hepatitis)

Tüberküloz (Tuberkulose)

Diyabet

Diabetes

evet

hayır

Troit bezi (guatr) rahatsızlığı

Schilddrüsenkrankungen

Hipertiroidizm Hipotiroidizm

Übefunktion

Unterfunktion

Mide/Bağırsak Hastalığı

Magen-Darm Erkrankungen

evet

hayır

Böbrek rahatsızlıkları

Nierenerkrankungen

evet

hayır

Romatizma/artirit (eklem iltihabı)

Rheuma/Arthritis

evet

hayır

Kulak çınlaması

Tinnitus

evet

hayır

Glokom

Glaukorn (grauer Star)

evet

hayır



Adı, Soyadı : _____

Doğum tarihi: _____

Kronik bronşit

chronische Lungenerkrankung (bronchitis)

evet

hayır

Nöbet rahatsızlıkları (Epilepsi)

Epilepsie

evet

hayır

Multipl skleroz

Mutiple Sklerose

evet

hayır

Depresyonlar

Depressionen

Antidepresanlar

Antidepressiva

evet

hayır

Osteoporoz

Osteoporose

evet

hayır

Bisfosfonat alıyor musunuz?

Bekommen oder jemals eine Bisphosphonattherapie bekommen?

evet

hayır

Tümör (Tumor)

evet

hayır

Buna ne dersin? _____

Wenn ja, welche?

Ameliyat mı edildi?

Wurde es operiert?

evet

hayır

Kemoterapi

Chemotherapie

evet

hayır

Radyoterapi

Bestrahlung

evet

hayır

Bazı ilaçlara/maddelere karşı alerjiniz/toleransınız var mı

(örn. ağrı kesiciler, penisilin, iyot, lateks, lokal anestezipler)?

Sind Sie allergisch / unverträglich gegen bestimmte Medikamente/Substanzen

(z.B Schmerzmittel, Penicillin, Jod, Latex, Lokalanästhetika) ?

evet

hayır

Eğer öyleyse hangisi? _____

Wenn ja, welche?

Hastalar için (für Patientinnen)

Gebelik durumu mevcut mu?

Besteht eine Schwangerschaft?

evet

hayır

Yanıt evetse, kaçınıcı aydasınız? _____

Wenn ja, welche Woche / welcher Monat?

Önleyici muayene için size yazmamızı ister misiniz?

Möchten Sie, dass wir Sie anschreiben zur Vorsorgeuntersuchung?

evet

hayır

SMS

Email

Kartpostal