

HASTA ANAMNEZ VE TEDAVİ KARTI

Hastanın

Adı:.....Soyadı:.....

Mesleği - İşi:..... Doğum

Tarihi:...../...../.....

Adresi:

Ev:.....

İş:

Telefon ev:.....İş:.....Mobil:.....

1. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz? İlaç kullanıyor musunuz?

.....

2. Herhangi bir hastalığınız var mı, geçirdiniz mi?

.....

Kalp hastalıkları Şeker hastalığı Tansiyon sorunu Epilepsi (sara)

Ateşli romatizma Eklem romatizması Guatr (Troid tabletleri) Kan hastalıkları

İlaç alerjisi Zührevi hastalık Sarılık Astım, Saman nezlesi Böbrek, Karaciğer bozuklukları

Akciğer hastalıkları Sinüzit AIDS

3. Baş ve boyun bölgesinde radyoterapi gördünüz mü?

.....

4. Cerrahi müdahale veya yaralanma sonrası kanama uzun sürer mi?

.....

5. Bunların dışında herhangi bir tıbbi sorunuz var mı?

.....

6. Sürekli kontrolünde olduğunuz doktorunuz var mı?

Adı, Soyadı:.....Tel:.....

7. **Bayanlarda:**

Hamilelik, düşük, adet ve menapoz bilgileri:.....

.....

AĞIZ ŞEMASI

1								2							
18	17	16	55 15	54 14	53 13	52 12	51 11	61 21	62 22	63 23	64 24	65 25	26	27	28
48	47	46	45 85	44 84	43 83	42 82	41 81	31 71	32 72	33 73	34 74	35 75	36	37	38
4								3							

D : Çürük

M : Çekim

F : Dolgu

Kr : Kron

Pr : Periodontal sorun

İp : İmplant

Total Protez Alt

Üst

Parsiyel Protez Alt

Üst

Kron veya Köprü Ayağı

Bilgilerin doğruluğunu onaylarım.

İmza

Tarih

