



Degerli Hastalarimiz muayenehanemize hosgeldiniz.
Kayit ola bilmek icin bazi özel bilgilerinize ihtiyac vardır.

Hasta:

ISIM	SOYISIM	Dogum Tarihi
------	---------	--------------

Üye:

ISIM	SOYISIM	Dogum Tarihi
------	---------	--------------

Adres:

Adres	Sehir
-------	-------

Telefon:

Ev	Cep
----	-----

E-Mail:

Meslek:

_____	Is Veren: _____
-------	-----------------

Sigorta:

kanuni	<input type="checkbox"/>	gönülü sigorta	<input type="checkbox"/>	özel	<input type="checkbox"/>
Ek Sigorta	<input type="checkbox"/>	Ek Yardim Hakkı	<input type="checkbox"/>		

Bonusdefteriniz bulunmakta mi?

Evet Hayir

Birisi tarafından bize yönlendirildinizmi?

Evet ise, kim _____

Ziyaretinizin sebebi _____

RECALL-PROGRAMMIZA alinmak istermisiniz

 Evet Hayir

Wünschen Sie Informationen über unser Prophylaxe-Programm?

 Evet Hayir

Kendi Sagliniz icin lütfen asagidaki Sorulari cevaplayiniz:

- | | Evet | Hayir |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Kalp ve Bünye Rahatsızlıkları (Herz-/Kreislauf-Erkrankung)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Size İltihab Tedbiri yapıldımı? (Endokarditisprophylaxe)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bulasıcı Hastalığınız varmi (Aids,Hepatit, TBC gibi) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • İç Hastalığınız varmi (Seker, Tansiyon gibi) (Diabetes,Nierenfkt.störung)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bünyenize ağır gelen ilaç varmi/Alerjiniz varmi (Arzneimittelüberempfindlichkeit / Allergien) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Baska Hastalığınız varmi (sonstige Krankheiten)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Var ise,hangileri? _____ | | |
| • Bünyeniz bayılmaya yatgın midir? (Ohnmachtsneigung)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dis eti kanaması?(Zahnfleischbluten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Disleriniz küsegen mi? (überempfindliche Zähne)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Suan ilaç kullanıyorsunuzuz?(einnehmende Medikamente)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Evet ise, hangileri? _____ | | |

Kan inceltmek için ilaç kullanıyorsunuzuz?(Blutverdünnde Medikamente)_____

Hamile misiniz? (Schwangerschaft).....

Tarih _____

İmza _____