

	T.C. D.Ü. DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ ANESTEZİ ÖNCESİ MUAYENE FORMU	Doküman No	AH.FR.11
		Yürürlüğe Gir.Tar.	01.02.2023
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	--
		Sayfa No	Sayfa 1/1

Hastanın Adı ve Soyadı			
Görüşmenin yapılan kişinin Adı ve Soyadı			
Adres ve Telefon			
Hastanın Yaşı			
Hastanemize Başvurma Sebebiniz			
Daha önce hastanemizde muayene ve tedavi oldunuz mu?			
Herhangi Bir Engeli Var Mı?		VAR ☐	YOK ☐
		TANISI	
Diyabet Hastalığınız	VAR ☐	YOK ☐	İlaç Alerjisi
		VAR ☐	YOK ☐
Her hangi bir kan hastalığı var mı?		VAR ☐	YOK ☐
		TANISI	
Epilepsi	VAR ☐	YOK ☐	Nöbeti Geçiyor mu?
		Ne Kadar Sıklıkla Geçiriyor?	
Astım Hastalığı	VAR ☐	YOK ☐	İlaç Kullanıyor mu?
		Nöbeti Geçiyor mu?	
Hipertansiyon	VAR ☐	YOK ☐	İlaç Kullanıyor mu?
Düzenli Kullandığı ilaç	VAR ☐	YOK ☐	İlaç İsimleri
Kullandığı ilaçlar ve kronik hastalıklarını takip eden hekim raporu		VAR ☐	YOK ☐
Son bir ay içerisinde yapılan tetkikleri var mı?			
Diğer notlar			

Görüşmeyi Yapan Personel

İsim/ İmza