

HASTA BİLGİLERİ		Evet	Hayır
Adı Soyadı : .....	Tansiyon ile ilgili bir probleminiz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T.C Kimlik No : .....	Şeker hastalığı geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adres : .....	Bulaşıcı hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefon No : .....	Herhangi bir hastalık nedeniyle doktora kontrolünde misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mesleğiniz Nedir : .....	Covid 19 hastalığı geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doğum Tarihi : .....	Hamilelik durumunuz var mı? Var ise kaç kaç haftalık?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bugünün Tarihi : .....	Devamlı kullanmış olduğunuz ilaç var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sarılık geçirdiniz mi? Geçirdiyse türü nedir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### BİZDEN NASIL HABERDAR OLDUNUZ ?

- GOOGLE  İNSTAGRAM  DERGİ-GAZETE   
 FACEBOOK  TV-RADYO  DİĞER   
 ESKİ HASTA  REFERANS  (Lütfen adını yazınız) .....

**BİZİ TAKİP EDİYOR MUSUNUZ?**

@dishekimierkankara

### BİLGİLENDİRME VE ONAM

Diş hekimim, tarafından konulan tanı ve tedaviyle ilgili planlama, alternatif tedaviler sonuçlar istenmeyen yan etkileri hakkında bilgilendirildim, anladım. Uygulanacak olan tedaviyi kabul ettim. Tedavi uygulanmadığı takdirde ortaya çıkabilecek olası riskler tedavi süresinde – sırasında ortaya çıkabilecek yeni durumlara planlamanın değinilebileceği anlatıldı, anladım ve kabul ettim. Tedavi uygulanmadığı taktirde ortaya çıkabilecek olası riskler tedavimin alternatif uygulamalarına göre maliyet hesapları, gerekli görüldüğü taktirde diğer hekimlerden konsültasyon istenebileceği konularında bilgilendirildim, anladım, kabul ettim. Tedavim/vasisi olduğum kişinin tedavisi hakkında merak ettiğim tüm sorulara cevap verildi. Yapılacak tedavilerin başarısının bana da olduğu evde üzerime düşen ağız temizliği ve önerilere uymam gerektiği, vazgeçilmesi gereken zararlı alışkanlıklarla ilgili önerilen yerine getirme ve yazılacak reçetelerdeki ilaçların tarife uygun doz ve sürelerde kullanmam gerektiği anlatıldı, anladım, kabul ettim. Uygulanacak tedavilerin ağız ve diş sağlığını korumayı amaçladığını tıbbi hizmetlerin özenle yürütüleceği ancak tıbbi işlemlerde sonucun garanti edilemeyeceği tarafıma anlatıldı, anladım, kabul ettim. Yukarıda belirtildiği gibi tedavi planlanması işlemlerde sonucu garanti edilemeyeceği tarafıma anlatıldı, anladım, kabul ettim. Yukarıda belirtildiği gibi tedavi planlanması sırasında bana/vasisi olduğum kişiye anlatılan ve benim tarafımdan kabul edilen diş tedavilerini onayladım ve kabul ettim. Hasta hakları ve sorumlulukları, hekim hakları ve yükümlülükleri konularında detaylı bilgilendirildim.

Hasta/Vasisi İMZA

DOKTOR / TARİH	TEŞHİS ve PLANLAMA	ENDİKASYON
<b>PROTEZ</b> DOKTOR ...../...../.....	8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
<b>CERRAHİ</b> DOKTOR ...../...../.....	8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
<b>PERİODONTOLOJİ</b> DOKTOR ...../...../.....	8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
<b>ENDODONTİ</b> DOKTOR ...../...../.....	8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
<b>TEDAVİ</b> DOKTOR ...../...../.....	8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
<b>PEDODONTİ</b> DOKTOR ...../...../.....	8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
<b>ORTODONTİ</b> DOKTOR ...../...../.....	8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
		

