

Op. Dr. Sina Kaderi Muayenehanesi

Tarih: __/__/____

Hasta adı / Soyadı:

T.C. kimlik numarası / Pasaport no:.....

Doğum tarihi:

Cinsiyet:

- Kadın
 Erkek
 Diğer

İletişim numaranız:

E-posta adresi:

Yaşadığı yer (ülke / şehir):


Hangi cerrahi veya cerrahi dışı işlemle ilgileniyorsunuz?

- Yüz cerrahisi; lütfen bize belirtin
- Yüzün cerrahi dışı işlemleri (dolgu, botox vs.); lütfen bize belirtin
- Vücut cerrahisi; lütfen bize belirtin

Geçirmiş olduğunuz tüm ameliyatlar (estetik veya estetik dışı)

.....
.....
.....

 +90 501 062 03 03

 Bostancı Mah. Bağdat Cad. Çınarlı Sok. No:10 D:7
Kadıköy- istanbul

Op. Dr. Sina Kaderi Muayenehanesi

Alışkanlıklarınız;

- Sigara, lütfen günde adet/paket belirtin
- Alkol, lütfen sıklık ve miktar belirtin
- Bağımlılık yapan maddeler

Bizi hastalıklarınız hakkında bilgilendirin;

- Gebelik
- Diyabet (şeker)
- Hipertansiyon
- Astım
- Kalp hastalıkları
- Akciğer hastalıkları
- Romatizmal hastalıkları
- Tiroid hastalıkları
- Allerjik durumlarınız, lütfen belirtin;
- İlaç reaksiyonlarınız, lütfen belirtin;
- Hepatit
- HIV/AIDS
- Diğer

Düzenli olarak kullandığınız ilaç veya ilaçların isimleri ve hangi sebep ile kullandığınızı?

.....
.....

- KVK Aydınlatma metnini okudum, anladım, kabul ediyorum**
- Açık rıza beyanını okudum, anladım, kabul ediyorum**

İMZA

Op. Dr. Sina Kaderi
Muayenehanesi

DOKTOR GÖRÜŞÜ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....