

Kişisel Bilgiler

Hasta Anamnez Formu

Tarih: __/__/----

ADI
SOYADI:

TELEFON:

DOĞUM
TARİHİ: □□/□□/□□□□

E-POSTA:

CİNSİYET:
☐ Kadın ☐ Erkek ☐ Diğer _____

T.C. NO: □□□□□□□□□□
veya
PASAPORT NO:

YAŞADIĞINIZ YER (ÜLKE / ŞEHİR):

Hangi Cerrahi veya Cerrahi Dışı İşlemlle İlgileniyorsunuz?

☐ YÜZ CERRAHİSİ ; LÜTFEN BİZE BELİRTİN:

☐ YÜZÜN CERRAHİ DIŞI İŞLEMLERİ (DOLGU, BOTOX VS.); LÜTFEN BİZE BELİRTİN:

☐ VÜCUT CERRAHİSİ ; LÜTFEN BİZE BELİRTİN:

Geçmiş Sağlık Durumu ve Tedaviler

1-Geçirmiş Olduğunuz Tüm Ameliyatları veya İşlemleri ve Tarihlerini Belirtiniz:

☐ ESTETİK AMELİYATLAR:

☐ ESTETİK DIŞI AMELİYATLAR:

☐ CERRAHİ DIŞI ESTETİK UYGULAMALAR (DOLGU, BOTOX, VS.)

2-Alışkanlıklarınız:

☐ SİGARA,
Lütfen günde
adet/paket belirtin:

☐ ALKOL,
Lütfen sıklık ve
miktar belirtin:

☐ BAĞIMLILIK YAPAN
MADDELER:

3-Bizi Hastalıklarınız Hakkında Bilgilendirin:

☐ DEVAM EDEN GEBELİK

☐ DİYABET (ŞEKER)

☐ HİPERTANSİYON

☐ ASTİM

☐ KALP
HASTALIKLARI

☐ AKCİĞER
HASTALIKLARI

☐ ROMATİZMAL
HASTALIKLARI

☐ TİROİD
HASTALIKLARI

☐ KAN
HASTALIKLARI

☐ PIHTILAŞMA
BOZUKLUKLARI

☐ HEPATİT

☐ HIV / AIDS

☐ ALERJİ DURUMLARINIZ, LÜTFEN BELİRTİN;

☐ İLAÇ REAKSİYONLARINIZ, LÜTFEN BELİRTİN;

☐ DİĞER HASTALIKLARINIZ, LÜTFEN BELİRTİN;

4-Düzenli Kullandığınız İlaçlar

LÜTFEN İLAÇ İSİMLERİNİ VE HANGİ SAĞLIK SORUNU İÇİN KULLANDIĞINIZI BELİRTİNİZ;

☐ KVKK Aydınlatma metnini okudum, anladım, kabul ediyorum

☐ Açık rıza beyanını okudum, anladım, kabul ediyorum

İMZA:

--	--	--	--