

Hasta bilgi formu

Muayenehanemizde randevunuz var. Mevcut hastalık durumunuzu doğru bir şekilde değerlendirebilmek için hastalığınızın geçmişini bilmek bizim için önemlidir. Bu amaçla anketimizi kullanarak doktor ziyaretiniz için hazırlanmanız yararlı olacaktır. Verdiğiniz bilgilerin zoraki olmadığını bilmeniz gerekir.

Soyisim, İsim: _____ Doğum tarihi: _____

Aile Doktorunuzun İsmi: _____

Bilgilendirilecek Doktorun İsmi: _____

Boyunuz: _____ Şu Anki Kilonuz: _____

Aşağıda belirtilen hangi hastalıklar sizde tespit edildi?

	evet	hayır	ne zamandan beri?	not
Diyabet				
Kalp krizi/ felç*				
Tromboz/ Pulmoner Emboli*				
Tansiyon				
Tiroid hastalığı				
Zatürre				
Böbrek -/ Karaciğer hastalığı*				

* Lütfen geçerli olmayanların üzerini çizin

Başka hastalıklar / Hastane kalma süresi/ Operasyonlar:

Ne zaman?
↓
Yıl

Ailedeki hastalıklar

Birinci ve ikinci derecede ki aile bireylerinde takiben belirtilen hastalıklar Tansiyon, Kanser, Kalp Krizi, Tromboz, Emboli?

Kim?

Hangi hastalık?

İlaç kullanımı, örneğin kan sulandırıcılar (ayrıca bitkisel ilaçlar) *:

İlaç kullanımı	sabah	öğlen	akşam	not

* Ayrıca bir ilaç planı da kullanabilirsiniz.

Allerjiniz var mı? evet hayır

Varsa eğer hangi tür?

⇒ Eğer başka sorularınız varsa, bunu arka sayfada belirtebilirsiniz!

Beyan ve gizlilikten Muafiyet

Büyük harflerle hastanın adı:

Teşhis ve tedaviyi optimize etmeye hizmet ettiği sürece, kişisel verilerimin ve bulgularımın işlenmesine ve yetkili doktorlara, kliniklere ve ileri tedavi sağlayan kurumlara iletilmesine onay veriyorum.

Laboratuvar örneklerimin sizinle İş birliği yapan laboratuvarlara iletebileceğimi kabul ediyorum.

Bu açıklamayı gizlilikten herhangi bir zamanda gelecekte geçerli olmak üzere iptal edebileceğimin haberdarım.

Tarih: _____ **İmza** _____

Muayenehanenizin Doktorları Dres. Otremba / Reschke / Zirpel / Ruff / Peinert u. Kühn aşağıdaki kişilere veya aileme hastalığım ve muayenehanede kaldığım sürede hakkında bilgiler verebilir:

1. İsim: _____

Adres: _____ Tel.-Nr.: _____

2. İsim: _____

Adres: _____ Tel.-Nr.: _____

Hastalığım ve muayenehanede kaldığım süre aile üyelerine hakkımda bilgi verilmesini istemiyorum.

Bu açıklamayı gizlilikten herhangi bir zamanda gelecekte geçerli olmak üzere iptal edebileceğimin haberdarım.

Tarih: _____ **İmza** _____