



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ORTODONTİ A.D.
ANAMNEZ FORMU

Doküman Kodu: HD.FR.01	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon Tarihi:23/08/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/1
------------------------	-------------------------	---------------	----------------------------	---------------------------

Tarih:	
Hastanın Adı-Soyadı:	
Doğum Tarihi:	
Anne Adı/Mesleği:	
Baba Adı/Mesleği:	
Ev Adresi:	
Ev Telefonu:	
İş Telefonu:	
Alternatif Telefon:	
Hasta E-mail:	
Veli E-mail/Telefon:	
Dış Hekimi/Telefon:	

		Evet	Hayır
1	Hastanın genel sağlığı iyimidir?		
2	Hasta herhangi bir nedenle tedavi altında mıdır?		
	Yukarıdaki sorunun cevabı evet ise açıklayınız:		
3	Hastada aşağıdaki durumlar mevcut mudur?	Evet	Hayır
	*Sık sık soğuk algınlığı		
	*Alerji		
	*Baş dönmesi veya bayılma		
4	Daha önce ortodonti tedavisi gördü mü?		
5	Dişlerini ilgilendiren kaza geçirdi mi?		
6	Kalp,şeker,astım,tüberküloz,karaciğer veya böbrek rahatsızlığı var mı?		
	Yukarıdaki sorunun cevabı evet ise açıklayınız:		
7	Hastanın bademcikleri alındı mı?		
8	Hastanın geniz eti alındı mı?		
9	Hasta da aşağıdaki alışkanlıklardan mevcut olanları işaretleyiniz.		
	<input type="checkbox"/> Baş parmak emme	<input type="checkbox"/> Ağız solunumu	<input type="checkbox"/> Dış gıcırdatma
	<input type="checkbox"/> Parmak emme	<input type="checkbox"/> Ağız açık uyuma	<input type="checkbox"/> Tırnak yeme
			<input type="checkbox"/> Dil emme,ısıрма



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ORTODONTİ A.D.
ANAMNEZ FORMU

Doküman Kodu: HD.FR.01	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon Tarihi:23/08/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/1
-------------------------------	--------------------------------	----------------------	-----------------------------------	----------------------------------

10 Son olarak hasta ile ilgili iletmek istediğiniz herhangi bir şey: