

Sayın Hastamız

Jinekolojiye hoş geldiniz!

Lütfen aşağıdaki soruları eksiksiz doldurun. Teşekkürler!

Adı, Soyadı:

Doğum tarihi:

Adres:

Telefon numarası:

Cep telefon numarası

E-Mail Adresi:

Meslek:

Ev doktoru:

Bize gelmenizin sebebi nedir,  
şikayetiniz var mı?

Son jinekolojik muayenesi,  
smear testi en son ne zaman  
yapıldı?

Son Mamografi:

Son kolonoskopi:

İlk adetinizi kaç yaşında  
gördünüz?

Son adet 1. Günü?

Adet düzeni, kanama süresi?

Adetinizle ilgili sorunlar?

Hayır Evet Sorunlar:

Cocuk sahibi olma arzusu?

Hayır

Evet

Ne zamandan:

Hamilelikten koruma?

yok

Doğum kontrol hapi

Spiral

Sterilizasyon

Prezervatif

Kocam kısırlaştırdı

Başka:

Doğum sayısı:

Normal:

Forseps doğum:

Sezeryen:

Ektopik Hamilelik:

Hayır

Evet

Ne zaman:

Düşük:

Hayır

Evet

Ne zaman:

Kürtaj:

Hayır

Evet

Ne zaman:

Praxis Redzheb  
Mittelstr.1  
56564 Neuwied

Telefon 02631 9999 090  
Telefax 02631 9999 0999  
E-Mail: team@gyn-neuwied.de

|  |       |      |           |
|--|-------|------|-----------|
| Rahim ağız kanseri aşısını yaptırdınız mı? | Hayır | Evet | Ne zaman: |
| Devamlı kullandığınız ilaçlar?             | Hayır | Evet | İlaçlar:  |

|                           |       |      |        |
|---------------------------|-------|------|--------|
| Gecirdiğiniz ameliyatlar? | Hayır | Evet | Tarih: |
|---------------------------|-------|------|--------|

|                   |       |      |           |                   |
|-------------------|-------|------|-----------|-------------------|
| Sigara Kullanımı? | Hayır | Evet | Ne kadar: | Ne zamandan beri: |
|-------------------|-------|------|-----------|-------------------|

|       |       |      |           |
|-------|-------|------|-----------|
| Alkol | Hayır | Evet | Ara sıra: |
|-------|-------|------|-----------|

|             |       |      |               |
|-------------|-------|------|---------------|
| Üyüştürücü: | Hayır | Evet | Daha önceden: |
|-------------|-------|------|---------------|

|         |       |      |               |
|---------|-------|------|---------------|
| Alerji: | Hayır | Evet | Hangi Alerji: |
|---------|-------|------|---------------|

|                          |       |      |           |
|--------------------------|-------|------|-----------|
| Tromboz /Pulmoner emboli | Hayır | Evet | Ne Zaman: |
|--------------------------|-------|------|-----------|

|        |       |      |               |
|--------|-------|------|---------------|
| Kanser | Hayır | Evet | Hangi Kanser: |
|--------|-------|------|---------------|

|                            |       |      |                     |
|----------------------------|-------|------|---------------------|
| Hormon kullanıyor musunuz? | Hayır | Evet | İlaçların isimleri: |
|----------------------------|-------|------|---------------------|

|                    |       |      |  |  |
|--------------------|-------|------|--|--|
| Migreniniz var mı? | Hayır | Evet |  |  |
|--------------------|-------|------|--|--|

|  |       |      |          |
|--|-------|------|----------|
| Koagülopatiniz var mı? (Doğustan fazla kanama ve ya pihtilasma sorunu, amelyatlardan sonra fazla kanamalar?) | Hayır | Evet | Hangisi: |
|--|-------|------|----------|

**Ailede olan Hastalıklar:**

|                          |       |      |
|--------------------------|-------|------|
| Kanser                   | Hayır | Evet |
| Koagülopatie             | Hayır | Evet |
| Kalpkrizi/ Felc          | Hayır | Evet |
| Tromboz /Pulmoner emboli | Hayır | Evet |

**Baska hastaliklar:**

**Hangi:**

|   |              |             |                 |
|---|--------------|-------------|-----------------|
| <b>Ailede engelli doğuan veya genetik bozukluğu olan çocuklar var mi?</b> | <b>Hayır</b> | <b>Evet</b> | <b>hangisi:</b> |
|---|--------------|-------------|-----------------|

**Veri toplama, işleme ve depolama izni (GDPR)**Kişisel verilerimin muayene, muayene, tedavi, faturalandırma, randevu ve sağlık bilgilerinin muayenehane tarafından iletilmesi amacıyla toplanmasını, işlenmesini ve saklanmasını kabul ediyorum. Ayrıca muayenehanenin ortak tedavi amacıyla diğer doktorlardan ve hizmet sağlayıcılardan benimle ilgili tıbbi verileri talep edebileceğini kabul ediyorum. Bu onayı istediğim zaman yazılı olarak veya muayenehaneye e-posta göndererek iptal edebileceğim konusunda bilgilendirildim (GDPR Madde 7 Paragraf 3). Madde 73 Paragraf 1b SGB V uyarınca raporlama yükümlülüğümden feragat ediyorum. Bu, gelecekte herhangi bir zamanda iptal edilebilir.

---

Tarih/İmza