ISIM/SOYISIM……...

ADRES…..……

……..……..

TELEFON NUMERASI ……

MESLEK……..……

TEDAVI EDEN DOKTOR/ AILE HEKIMI ……

Ailenizde bu hastaliklardan varmi?

- ☐ Beyin kanamasi
- ☐ Diyabet (seker hastaligi)
- ☐ Kalp krizi
- ☐ Kanser
- ☐ Sara hastaligi
- ☐ Depresyon
- ☐ Sizofreni (kisilik bozuklugu)

Agir veya kronik hastaliginiz varmi?
Ameliyat gecirdinizmi?

- ☐ Diyabet (seker hastaligi)
- ☐ Sara hastaligi
- ☐ Tiroid bezi
- ☐ Disk (omurga fitigi)
- ☐ Kalp krizi
- ☐ Beyin kanamasi
- ☐ Migren (siddetli bas agrisi)
- ☐ Baska? _____

Ne kadar icki/alkol kullaniyorsunuz?

- ☐ nadir/az (senede bir kac kez)
- ☐ ara sira (ayda bir kez)
- ☐ düzenli (haftada bir kez)
- ☐ her gün
- ☐ _____

Sigara kullaniyormusunuz?

- ☐ hayir
- ☐ ara sira
- ☐ günde 1-5 tane
- ☐ günde 10-15 tane
- ☐ daha fazla

Uyusturucu kullaniyormusunuz?

- ☐ evet
- ☐ hayir

Alerjiniz varmi?

- ☐ evet

neye karsi?

Uykusuzluk sorununuz varmi?

- ☐ evet
- ☐ hayir

Medeni haliniz?

- ☐ Bekar
- ☐ Evli
- ☐ Bosanmis
- ☐ Dul

Düzenli ilac kullaniyormusunuz?

- ☐ evet
- ☐ hayir

Ilacin ismi ve dozu	***Sabah***	***Ögle***	***Aksam***