

## Yetişkinler için hasta geçmişi anketi

Lütfen doldurup randevuya  
getiriniz

Adı, Soyadı: \_\_\_\_\_ Doğum tarihi: \_\_\_\_\_

Ameliyatların  
tarihleri: \_\_\_\_\_

Sebeb oluşturunca  
hastalıklar: \_\_\_\_\_

Kazalar,  
yaralanmalar: \_\_\_\_\_

İlaçlar: \_\_\_\_\_

Sportif etkinlik - ne ve hangi sıklıkta: \_\_\_\_\_

Geçmiş tedaviler: \_\_\_\_\_

Şikayetlerinizi ayrıntılı olarak tarif edin, başladığı zamanı yazın (arka sayfada-  
ki vücut çizimi üzerinde de  
işaretlenebilir): \_\_\_\_\_

Eğer söz konusuysa şikayetleriniz üzerinde nelerin daha iyi ve nelerin daha  
kötü etkisi olduğunu işaretleyin:

	daha iyi	daha kötü		daha iyi	daha kötü
Soğuk			Oturmak		
Hareket			Yürümek		
Sakinlik			Gürültü		
Yatmak			Uyandıktan sonra		
Isı			Ayakta durmak		
			uyumadan önce		

Tarih: \_\_\_\_\_

İmza: \_\_\_\_\_

