

0 - 24 Aylıklar için hasta geçmiři anketi

Lütfen doldurup randevuya getiriniz.

Adı: _____ Doğum tarihi: _____

Gebelik dönemindeki özel durumlar (ör. kanamalar, erken doğum sancıları, ...)

Doğumdaki özel durumlar (ör. Çapraz yatış, BEL, vantuzlu, sezaryen, boynuna göbek kordonu sarılması, ...)

Diğer sıradışılıklar (lütfen işaretleyiniz)

	ok belirgin	belirgin	az belirgin	belirsiz	bilmiyorum
Uyku					
Emzirme / İirme					
ılık atma / sakinleşme					
Dışkılama					
Duygudurum					
Tükürme					
Uyarılabilirlik					

Önceki terapiler: ör. Osteopati, fizyoterapi (ne zaman?) _____

Diğer sağlık sorunları, ilaçlar _____

Son aşılama: _____

Çocuk hekiminin adı: _____

Daha önce burada çocuğun kardeşi tedavi edildi mi? evet / hayır Adı: _____

Tarih: _____

İmza: _____