



Kişisel bilgiler

İsim Soy İsim _____
Doğum Tarihi- Yeri _____
Yaşınız _____
Telefon _____

E mail: _____
Medeni hal: _____
Meslek: _____



Tıbbi Bilgiler / Sorular

- Herhangi düzenli kullandığınız ilaç / takviye var mı ? Var ise lütfen belirtiniz.

İlaç Adı: _____ Doz: _____ Ne Amaçla Alındığı: _____

- Herhangi alerjiniz var mı? Lütfen belirtiniz _____

- Hamilelik durumunuz var mı ? evet hayır

- Daha önce gebelik veya düşük geçirdiniz mi ? _____

- Alkol kullanımınızı belirtiniz asla ara ara sık

- Sigara kullanımınızı belirtiniz asla ara ara sık

Kaç senedir: _____ Günde kaç adet: _____



- Daha önce herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi ? (Lokal anestezi veya genel anestezi)

evet hayır

Evet ise , lütfen ameliyat sebebini , zamanını ve nedenini belirtiniz.



- Ailenizde herhangi bir kronik hastalığı olan var mı?

Hipertansiyon Diyabet (Şeker Hastalığı)
 Kanser Kalp hastalığı
 Anemi (Kansızlık) İnme (Beyin Kanaması)

Diğerlerini Belirtiniz: _____



- Kişisel hastalık öykünüz... Olanları lütfen işaretleyiniz

Astım evet hayır Kalp hastalığı evet hayır Kanama Bozuklukları evet hayır
Kanser evet hayır Hepatit evet hayır Tüberküloz evet hayır
Göğüs ağrısı evet hayır HIV evet hayır Psikiyatrik Bozuklukları evet hayır
Diyabet evet hayır Böbrek Sorunları evet hayır Cilt Hastalıkları evet hayır

varsa diğerleri belirtiniz lütfen _____



Instagram
 Facebook

Twitter
 Arkadaş Tavsiyesi

Google
 Gazete Haberleri

Daha önce hastanızdım
 Diğerleri



Plastik Cerrahi Bilgileri

İsim Soy İsim - Tarih
Hasta İmzası

Vücut ve yüz resmi

• Vücudunuzun neresinden şikayetçisiniz ?

• Daha önce herhangi bir estetik işlem veya ameliyat geçirdiniz mi ?

• Beklentiniz ve istekleriniz nedir ?

• Başka doktorlar ile muayene oldunuz mu ?

Doktor not

Örnek Resim

Simetrisi asimetri farkındalığı

İyileşme dönemi

Ağrı hassasiyeti

Skar bilgisi- deri kalitesi

Kilo alıp verme riski

Planlanan ameliyat:

Tahmini kalış süresi:

İyileşme bilgileri:

Ücret:

Ödeme planı:

Kişisel Not:

