

Kapsamlı Hasta Değerlendirmesi

Tıbbi spa hastaları için demografik veriler, tıbbi öykü, ilaçlar ve alerjiler içeren tam hasta kabul formu

Müşteri Bilgileri

Ad *

Soyadı *

E-posta Adresi *

Telefon Numarası *

Doğum Tarihi *

GG / AA / YYYY

Demografik Veriler

Cinsiyet *

☐ Kadın

☐ Erkek

☐ İkili Olmayan

☐ Belirtmemeyi Tercih Ediyorum

Ev Adresi *

Şehir *

İl *

Posta Kodu *

Acil Durum İletişim Adı *

Acil Durum İletişim Telefonu *

Tıbbi Öykü

Aşağıdaki durumlardan herhangi birine sahip misiniz veya sahip oldunuz mu?

☐ Otoimmün Hastalık (Lupus, Romatoid Artrit, vb.)

☐ Kanama veya Pıhtılaşma Bozukluğu

☐ Diyabet (Tip 1 veya Tip 2)

☐ Kalp Hastalığı veya Kalp Durumu

☐ Yüksek Kan Basıncı

☐ Tiroid Bozukluğu

☐ Nöbet Bozukluğu / Epilepsi

☐ Hepatit B veya C

☐ HIV / AIDS

☐ Kanser (Mevcut veya Geçmiş)

☐ Keloid İz Oluşturma Eğilimi

☐ Cilt Durumu (Egzema, Psoriasis, Rosacea)

☐ Soğuk Yaralı / Herpes Simpleks

☐ Yukarıdakilerden Hiçbiri

Yukarıdakilerden herhangi birine evet yanıtı verdiyseniz lütfen ayrıntı verin

Şu anda hamile misiniz veya emziriyor musunuz? *

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emin Değilim

Geçtiği 12 ay içinde aşağıdaki tedavilerden herhangi birini yaptırdınız mı?

☐ Botoks / Nörotoksin Enjeksiyonları ☐ Dermal Dolgular
☐ Kimyasal Peeling ☐ Lazer Tedavisi
☐ Mikro İğne Tedavisi ☐ Yüz Cerrahisi
☐ Yukarıdakilerden Hiçbiri

Güncel İlaçlar ve Alerjiler

Tüm güncel ilaçları listeleyin (takviyeler ve vitaminler dahil)

Şu anda kan seyreltici ilaçlar (Aspirin, Warfarin, İbuprofen vb.) kullanıyor musunuz? *

☐ Evet ☐ Hayır

Geçtiği 6 ay içinde Accutane (İzotretinoin) kullandınız mı? *

☐ Evet ☐ Hayır

Bilinen tüm alerjileri listeleyin (ilaçlar, lateks, gıda vb.) *

Yersel anesteziye (Örn: Lidokain) hiç alerjik reaksiyon gösterdiniz mi? *

☐ Evet ☐ Hayır

Güncel Cilt Bakımı

Cilt tipinizi nasıl tanımlarsınız? *

☐ Kuru ☐ Yağlı ☐ Karma
☐ Hassas ☐ Normal

Güncel cilt bakım ürünlerinizi listeleyin

Temel tedavi hedefleriniz neler? *

Rıza ve İmza

Yukarıda sağlanan bilgilerin en iyi bilgilerime göre doğru ve eksiksiz olduğunu tasdik ederim. Bilgiyi saklama veya yanlış bilgi sağlama gibi davranışların tedavi planım ve sonuçlarını etkileyebileceğini anlarım. Sağlık durumum veya ilaçlarımda herhangi bir değişiklik hakkında kliniği bilgilendirmeyi kabul ederim.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve anladığımı ve bilgilendirilmiş rızamı verdiğimi tasdik ederim.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve anladım: _____

İmza

Tarih

Adı yazın

Tarih *

GG / AA / YYYY

Bu form Consentify tarafından ücretsiz olarak sağlanmıştır

Consentify, bunun gibi formları müşterilerinizin QR kod aracılığıyla kendi telefonlarında imzaladığı dijital rızaya dönüştürür — otomatik PDF'ler, kontrendikasyon bayrakları ve şifreli depolama ile. Ücretsiz plan <https://getconsentify.com> adresinde mevcuttur.

Yalnızca şablon. Kullanmadan önce kendi lisanslı uzman veya hukuk müşaviri ile gözden geçirin; gereksinimler yargı alanına ve uygulamaya göre değişir.