

ASAGIDAKI SORULARI LUTFEN CEVAPLAYINIZ

ISIM _____ SOYAD _____ DOGUM TARİH _____

ADRES _____

EV TELEFONU _____ İS _____ MOBİL _____

SAGLIK SIGORTA _____ KAYIT NUMARA _____

MEDICARE KART NUMARASI. _____

SIZIN KARTDAKI NUMARANIZ _____

BITİS TARİHİ _____

PENSİN NUMARASI _____ (Sadece yas pensin numarası geçerlidir)

Asagidaki sorulari lutfen cevaplayabildiginiz kadar cevaplayin.
Cevaplayarak problemlerinizi cozmekte bizlere yardimci olmus oluyorsunuz.
Bu sorular sizin dosyanizda gizli kalmak uzere dolduruluyor ve hicbir sahis
tarafindan (Dr Varol haric) ulasilmayacaktır.

Marital Status Evli / Bekar / Ayri

Isiniz _____

Su an kullandiginiz hap/haplari listeleyiniz

Herhangi bir alerjiniz varmi? [] Evet [] Hayir _____

Sigara kullaniymusunuz? [] Evet [] Hayir

Birakdiysaniz ne zaman? _____

Alkohol kullaniyormusunuz? [] Evet [] Hayir

Gunde veya haftada ne kadar? _____

Gecmiste gecirdiginiz hastalik veya ameliyatlar var ise yaziniz.

Bugunki gelisinizin nedeni nedir?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> İdrarda infeksiyon | <input type="checkbox"/> İdrarda kan bulunması |
| <input type="checkbox"/> Küçük abdesi tutamamak | <input type="checkbox"/> Küçük abdesi kabuk veya sık çıkması |
| <input type="checkbox"/> Küçük abdesi tam olarak boşaltılmaması | <input type="checkbox"/> Gece tuvalete kalkma sorunu |
| <input type="checkbox"/> Böbrekte taş olması | <input type="checkbox"/> Ağrı veya yanma (küçük abdeste) |
| <input type="checkbox"/> Prostat için | <input type="checkbox"/> Diğer bir sorunuz var ise yazınız |
-

Gün'de kaç defa küçük abdesiniz için tuvalete çıkma nedenini duyuyorsunuz?

- | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Her 4-6 saat | <input type="checkbox"/> 3-4 saat | <input type="checkbox"/> 2-3 saat |
| <input type="checkbox"/> 1-2 saat | <input type="checkbox"/> Her saat başı | <input type="checkbox"/> Daha sık |

Gecede küçük abdesiniz için tuvalete kalkıyorsunuz? Evet / Hayır

Ne kadar: Hiç Bir defa İki kere 3-4 kere Daha sık

Küçük abdesinizin akışı nasıl?

- İyi Fena değil İyi değil Belli olmuyor

Basılmakta sorun çekiyormusunuz? Evet Hayır

Sürekli başlayıp duruyormu? Evet Hayır

Bittikten sonra akitme oluyormu? Evet Hayır

Tualete çıktığınızda bladderinizin tam olarak boşaldığını hissediyormusunuz?

- Evet Hayır Bazen Bilmiyorum

Sex'le ilgili herhangi bir probleminiz var mı? Evet Hayır
Var ise lütfen yazınız _____

Kucuk tuvaletiniz gelince cabuk gitme nedenini duyuyormusunuz?

Evet Hayir
Nicin? _____

Tuvalete cabuk cikmazsaniz kacirabiliyormusunuz? Evet Hayir

Hapsurdugunuz'da, uksurdugunuz'de veya agir birsey kaldirdiginiz'da kucuk abdesinizi akkittiginiz oluyormu?

Evet Hayir

Siz'de asagidaki sorunlar'dan herhangi bulunuyormu?

<u>Bobrek infecsin</u>	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayir
<u>Prostat infection</u>	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayir
<u>Yuksek tansiyon</u>	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayir
<u>Kalp/Angina</u>	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayir
<u>Astim/Bronsit/Karaciger problemi</u>	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayir
<u>Seker</u>	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayir
<u>Bagirsak problemi</u>	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayir

Aile'den gelen herhangi bir hastalik bulunuyormu? (mesela, felc, kanser, kalp)

Evet Hayir
Var ise yaziniz? _____

Anesteziye karsi herhangi bir sorunuz varmi? Evet Hayir

The privacy Act (1998) requires medical practitioners to obtain consent from their patients to collect, use and disclose that patient's information. This practice will collect information that is necessary to properly advise and treat you. With your consent, this practice will use and disclose your information for purposes such as referral to other health care providers/hospitals obtaining advise on treatment options, billing, medical defence insurance notification obligations or where legally required to produce records. You are entitled to access your files upon request. If you require further information, please discuss this during your consultation.

Please sign once you have read the above.
(Yukarda'ki yaziyi okuduk'tan sonra imzalayiniz).

Signature
(Imza)

Date/...../.....
(Tarih)