|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **T.C.****TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ****AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI****UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ** | Doküman No:  | **EYS-FRM-194** |
| Yayın Tarihi: | **29.12.2021** |
| Revizyon No: | **0** |
| Revizyon Tarihi: | **-** |
| Sayfa No: | 1/1 |

**ANAMNEZ FORMU**

**Hekim:** ………………………………………………………...………………… Tarih:….../.…../ 20……

**Hastanın Adı-Soyadı:** ..……………….……………….…………………………………………………………………

**Cinsiyeti - Doğum tarihi /Yaş:** …………………………………………….……………………………………………..

**Doğum yeri:** ………………………..……………….……... **Mesleği:** …………………….……...……………………..

**Anne adı:** ……………………………………………………… **İşi:** …………………………….………………………

**Baba adı:** ………………………………………………….…… **İşi:** ……………………..……………………...………

**Tel no (Anne/Baba):** ……………………………………………..…………….…………………………………………

**Ev veya iş adresi:** ……………………………….……………………………………………………………………..….

……………………………………………………………………………………………………………………………..

**Soy geçmişi:** ………...…………………………………….………………………………………………………………

**Velisinin boy ve kilosu:** …………………………………………...……….……………………………………………..

**Hastanın kaçıncı çocuk olduğu:** ………………………………………………………………………………………....

**Doğum şekli ve zamanı:** Normal: Sezaryen: Erken (prematüre): Zamanında:

**Süt çocukluğu beslenmesi:** ………………………………………………………………………………………………

**Geçirdiği çocukluk hastalıkları:** ………………………………………………………………………………………..

**Genel sağlık durumu:** ……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..

**Herhangi bir tıbbi tedavi görüyor mu:** ………………………………………………………………………………….

**Düzenli olarak kullandığı ilaç var mı:** ………………………………………………..…………………………………

**Sık sık soğuk algınlığı:** ……………………….…………………………………………………………………………..

**Hastanın tonsillaları:** …………………………………………………………………………………………………….

**Alerji:** ………………...………………………….………………………………………………………………………..

**Baş dönmesi ve bayılma:** ……………………………………………………………………………………………...…

**Travma geçmişi (çene yüz bölgesi):** ………………….………….………………………………………………………

**Diş fırçalamaya önem veriyor mu:** ……………………… **Fırçalama sıklığı:** …………………………………………

**Daha önce ortodontik tedavi gördü mü:** ……...…………………………………………………………………………

**Hasta evde uysal mı, söz dinler mi?** …………………………………………………………………………..…………

**Aşağıda belirtilen alışkanlıklar mevcut mu?**

**Parmak emme: Dil/ Dudak ısırma: Diş sıkma/ gıcırdatma:**  **Yutkunma problemi:**

**Ağızdan solunum: Dil/Dudak emme: Tırnak yeme:**

**Düşünceler ve tavsiyeler:** ……………………………………………………………………………...…………………

**Hasta velisinin adı-soyadı:** ……..…………………………………………

**İmzası:** …….………………………………………….