



# XOŞ GƏLMIŞSİNİZ!



## Pasientin xəstəlik tarixçəsi

1. Hal-hazırda tibbi müalicə alırsınızmı?  Bəli  Xeyr
2. Hər hansı cərrahi əməliyyatla bağlı xəstəxanaya yerləşdirilmisiniz və ya son 5 il ərzində ciddi xəstəlik keçirmisiniz? Varsa izah edin zəhmət olmasa \_\_\_\_\_  Bəli  Xeyr
3. Resepsiz buraxılan dərman vasitəsi də daxil olmaqla hər hansı dərman preparatı qəbul edirsiniz? Əgər qəbul edirsinizsə həmin dərman preparatının adını qeyd edin \_\_\_\_\_  Bəli  Xeyr
4. Tərkibində bisfosfonat olan Fosmax, Boniva, Acomel və ya xərçəng əleyhinə hər hansı preparat qəbul etmişiniz?  Bəli  Xeyr
5. Son 24 saat ərzində Viagra, Revatto, Cialts və ya Levitra qəbul etmişiniz?  Bəli  Xeyr
6. Siqaret çəkirsiniz?  Bəli  Xeyr
7. Tənzimlənən maddələrdən istifadə edirsiniz?  Bəli  Xeyr
8. Sizdə aşağıdakı xəstəliklərdən hər hansı biri varmı və ya nə vaxtsa olubmu?
- |                            |   |                            |   |
|----------------------------|---|----------------------------|---|
| Yüksək qan təzyiqi         | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr | Ürək xəstəlikləri          | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr |
| Miokard infarktı           | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr | Peysmeyker                 | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr |
| Revmatizm                  | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr | Ürək küyləri (səsləri)     | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr |
| Topuğun şişməsi            | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr | Angina                     | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr |
| Bayılma/Parkoksizm         | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr | Tez yorulma                | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr |
| Astma                      | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr | Qanazlığı                  | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr |
| Aşağı qan təzyiqi          | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr | Emfizema                   | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr |
| Epilepsiya/Qıç olma        | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr | Xərçəng                    | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr |
| Leykoz                     | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr | Artrit                     | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr |
| Şəkərli diabet             | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr | Süni oynaq və ya İmplant   | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr |
| Böyrək xəstəlikləri        | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr | Hepatit/Sarılıq            | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr |
| QİÇS və ya HIV infeksiyası | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr | Cinsi yolla keçən xəstəlik | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr |
| Qalxanvarı vəz problemi    | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr | Mədə xəstəliyi/Xora        | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr |
| Döş / kürək ağrıları       | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr | Tənəffüs çətinliyi         | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr |
| İnsult                     | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr | Pollinoz/Allergiyalar      | <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr |

Ünvan: Adil İsgəndərov küçəsi 4, AZ1000, Bakı, Azərbaycan

Telefon: +99412 492-08-44 / Mobil: +99450 378-97-20

Email: info@drsmiles.az / Web: www.drsmiles.az



Vərəm  Bəli  Xeyr Şüa terapiyası  Bəli  Xeyr  
Qlaukoma  Bəli  Xeyr Son vaxtlar ərzində çəki azalması  Bəli  Xeyr  
Qaraciyər xəstəlikləri  Bəli  Xeyr Ürək xəstəlikləri  Bəli  Xeyr  
Respirator problemlər  Bəli  Xeyr Prolaps  Bəli  Xeyr  
**DİGƏR**

10. Kontakt linza taxırsınız?  Bəli  Xeyr  
11. Sizde aşağıdakılardan hər hansı birinə qarşı allergik reaksiya varmı?  Bəli  Xeyr  
Yerli anesteziya (məs.: lidocaine)  Bəli  Xeyr  
Pensilin və ya digər antibiotiklər  Bəli  Xeyr  
Sulfamid preparatlar  Bəli  Xeyr  
Barbituratlar  Bəli  Xeyr  
Sakitləşdiricilər  Bəli  Xeyr  
Yod  Bəli  Xeyr  
Aspirin  Bəli  Xeyr  
Metallar (məs.: nikel, civə və s)  Bəli  Xeyr  
Lateks rezin  Bəli  Xeyr  
Digər  Bəli  Xeyr  
12. Sizde hər hansı məlum xəstəliklə bağlı olmayan daimi öskürək və ya boğaz qıcıqlığı (3 aydan artıq davam edən) varmı?  Bəli  Xeyr  
13. Yalnız qadınlara ünvanlanır:  
a) Hamiləsinizmi və ya hamilə ola biləcəyinizi düşünürsünüzü?  Bəli  Xeyr  
b) Süd verirsiniz?  Bəli  Xeyr  
c) Kontraseptiv içirsiniz?  Bəli  Xeyr

## Pasientin stomatoloji tarixçəsi

1. Dişlərinizi fırçalayarkən və ya diş ipi ilə təmizləyərkən diş əti qanıyırımı?  Bəli  Xeyr  
2. Dişləriniz isti və ya soyuq qidalara/mayeyə qarşı həssasdırımı?  Bəli  Xeyr  
3. Dişləriniz turş və ya şirin qidalara/mayeyə qarşı həssasdırımı?  Bəli  Xeyr  
4. Dişlərinizdən hər hansı biri ağrıyırımı?  Bəli  Xeyr  
5. Ağız boşluğunuzda və ya ona yaxın nahiyədə  Bəli  Xeyr  
8. Tez-tez başağrıları olurmu?  Bəli  Xeyr  
9. Dişlərinizi qıcıyıır və ya sıxırsınızımı?  Bəli  Xeyr  
10. Yanaqlarınızı və ya dodaqlarınızı tez-tez dişləyirsinizmi?  Bəli  Xeyr  
11. Əvvəllər sizdə çətin diş çəkimi olubmu?  Bəli  Xeyr  
12. Diş çəkimidən sonra uzunmüddətli  Bəli  Xeyr

Ünvan: Adil İsgəndərov küçəsi 4, AZ1000, Bakı, Azərbaycan

Telefon: +99412 492-08-44 / Mobil: +99450 378-97-20

Email: info@drsmiles.az / Web: www.drsmiles.az



yara və ya şiş varmı?

6. Baş, boyun və ya çənə nahiyəsindən zədə almırsınız mı?

Bəli  Xeyr

7. Çənə nahiyəsində aşağıdakı problemlərdən hər hansı biri olubmu?

Bəli  Xeyr

Şaqqıltı

Bəli  Xeyr

Ağrı (oynaq, qulaq, sifətin yan hissəsi )

Bəli  Xeyr

Bağlamaqda və ya açmaqda çətinlik

Bəli  Xeyr

Çeynəmədə çətinlik

Bəli  Xeyr

qanaxma olubmu?

13. Ortodontik müalicə almırsınız mı?

Bəli  Xeyr

14. Tam və ya hissəvi protez taxırsınız mı? Əgər elədirsə, protezin qoyulduğu tarixi qeyd edin \_\_\_\_\_

Bəli  Xeyr

15. Diş əti və dişlərinizə qulluqla bağlı sizə gigiyenik təlimlər verilibmi?

Bəli  Xeyr

16. Təbəssümünüzü sevirsinizmi?

Bəli  Xeyr

## Razılıq

Müalicə zamanı müəyyən olunmuş məbləğ tam şəkildə ödənilməlidir. Mənə məlumdur ki, göstərilən xidmətlərə görə ödəniş etməliyəm və ödənişin birbaşa klinikaya edilməsinə razıyam. Stomatoloji müalicələrin ödənişinə görə məsuliyyət daşdığımı bilirəm.

Verilən məlumatların düzgün olduğunu bilirəm. Onu da bilirəm ki, bu məlumatlar məxfi saxlanılır və tibbi vəziyyətimlə bağlı müşahidə olunan hər hansı dəyişiklik barədə klinikaya məlumat vermək mənim öhdəliyimdədir. Diaqnozun qoyulması və müalicə zamanı zəruri ola biləcək stomatoloji xidmətlərin məlumatlandırılmış razılıq forması əsasında stomatoloji heyət tərəfindən həyata keçirilməsinə razılıq verirəm.

Xəstənin (azyaşlı olduqda valideyn/qəyyum) imzası

Tarix

Ünvan: Adil İsgəndərov küçəsi 4, AZ1000, Bakı, Azərbaycan

Telefon: +99412 492-08-44 / Mobil: +99450 378-97-20

Email: info@drsmiles.az / Web: www.drsmiles.az