



Aşağıdaki ürünleri bu listeye dahil etmeyi **UNUTMAYINIZ:**

Kan sulandırıcılar (Asaflo<sup>®</sup>, Plavix<sup>®</sup>, Marcoumar<sup>®</sup>, Eliquis<sup>®</sup>,...)

Ağrı kesiciler

Uyku ilaçları

İğneler (Insuline, Fraxiparine<sup>®</sup>, Clexane<sup>®</sup>, EpiPen<sup>®</sup>...)

İlaç bantları

Fısfıslar

Göz ve kulak damlaları

Gıda takviyeleri, vitaminler, homeopatik ürünler veya şifalı bitkiler

Hormonal preparatlar (doğum kontrol hapı, Oestroge<sup>®</sup>,...)

Ara sıra kullanılan ilaçlar: haftada 1 veya ayda 1?

Eczacınızın hazırladığı ilaçlar (majistral)

Son 14 günde almış olduğunuz antibiyotikler?

Yakın zamanda bırakmış olduğunuz ilaçları da bırakma tarihleriyle birlikte belirtiniz.

**ALERJİ:** Herhangi bir ilaca alerjik reaksiyon gösterdiniz mi? Hangi ilaca? Ne gibi bir reaksiyon?

İlaç adı	Şikâyet ve reaksiyonlar	Son reaksiyon tarihi

Unutulmaması gerekenler:

Penisilin

İlaç bantları

Saman alerjisi

Kontrast maddesi

Lateks

Tentürdiyot

**Okuyan ve onaylayan kişi:**

**Hasta veya vekilinin imzası:**



Ameliyatla ilgili sorun yaşadınız mı? evet – hayır\*

Ne gibi sorunlar yaşadınız? Tarihi? Anestezi türü?  
Genel / lokal / bölgesel\*  
Genel / lokal / bölgesel\*  
Genel / lokal / bölgesel\*

Son ameliyatınızdan sonra mideniz bulandı mı? evet – hayır\*

## 5. Damar hastalıkları

Efor sarf ettiğinizde kolunuzda veya göğsünüzde ağrı veya sıkışma olur mu? evet – hayır\*  
Çarpıntılarınız olur mu? evet – hayır\*  
Ayaklarınız şişer mi? evet – hayır\*  
Yarı oturur şekilde uyur musunuz? evet – hayır\*  
Ev işlerinizde zorlanır mısınız? evet – hayır\*  
2 kat çıktığınızda nefesiniz kesilir mi? evet – hayır\*  
Kalp rahatsızlığı tedavisi görüyor musunuz? evet – hayır\*  
Hiç flebit geçirdiniz mi? evet – hayır\*  
Damar rahatsızlığınız var mı (oldu mu)? evet – hayır\*  
Normal tansiyon değerleriniz nedir? ..... / .....

## 6. Aşağıdakilerden hangileri sizde mevcuttur?

Pacemaker (kalp pili)? evet – hayır\*  
Dahili defibrilatör (ICD)? evet – hayır\*  
Takma diş (tamamı)? evet – hayır\* üst – alt – her ikisi de\*  
Protez diş? evet – hayır\* Hangisi? .....  
Sallanan diş? evet – hayır\* Hangisi? .....  
Lens? evet – hayır\*  
İşitme cihazı? evet – hayır\* Sol – sağ – her ikisi de\*  
Pirsing? evet – hayır\* Pirsinglerinizi hastaneye gelmeden çıkarınız!  
Oje / protez tırnak? evet – hayır\* Hastaneye gelmeden çıkarınız  
(Protez tırnaklarınızı da tercihen çıkarınız)

## 7. Aileniz

Ailenizde ameliyat sırasında sorun yaşayan oldu mu? evet – hayır\*  
Ailenizde doğum kusuru veya hastalığı görülür mü? ..... evet – hayır\*  
Hangileri? .....

## 8. Alışkanlıklar

Sigara kullanıyor musunuz? evet – hayır\* Normal / elektronik sigara\*Ne kadar? günde/..... , ..... yıldır  
Sigarayı bıraktınız mı? evet – hayır\* Ne zamandır? ..... yıldır  
Alkol kullanıyor musunuz? evet – hayır\* Ne kadar? haftada ..... bardak  
Sık sık uyuşturucu kullanıyor musunuz? evet – hayır\* Hangilerini? ..... Ne aralıkta? .....

**Uyuşturucu kullanan kişilerde anestezi ve ameliyat sebebiyle hayati tehdit oluşabilir.  
Güvenliğiniz için anestezi uzmanının kullandığınız maddeler hakkında tam olarak bilgilendirilmesi gerekir!**

**9. şeker hastası mısınız?** evet – hayır\*

**10. Bulaşıcı bir hastalığınız var mı?** evet – hayır\*

Hangileri? .....

**11. Yalnızca kadın hastalar için**

(Muhtemelen) hamile misiniz? evet – hayır\*

Fazla âdet kanaması şikâyetiniz var mı? evet – hayır\*

**12. Boyun ve ağız rahatsızlıkları**

Ağzınıza en az 2 parmağınızı üst üste koyarak deneyiniz.

Ağzınızı açmakta zorlanıyor musunuz? evet – hayır\*

Normal boğaz ve boyun hareketliliğiniz var mı? evet – hayır\*

**13. Akciğer ve solunum yolları hastalıkları**

Nefes alırken hırıltınız var mı? evet – hayır\*

Astım veya saman nezleniz var mı? evet – hayır\*

Akciğer hastalığı nedeniyle tedavi görüyor musunuz veya gördünüz mü? evet – hayır\*

**14. Böbrek ve idrar yolu hastalıkları**

Böbrek diyaliz hastası mısınız? evet – hayır\*

Böbrek hastalığı nedeniyle tedavi görüyor musunuz veya gördünüz mü? evet – hayır\*

Hangileri? .....

**15. Kan pıhtılaşma sorunları**

Vücutunuz kolayca morarır mı? evet – hayır\*

Hiç burnunuz kanadı mı? evet – hayır\*

Diş etleriniz kanar mı? evet – hayır\*

Kan sulandırıcı ilaç kullanır mısınız? evet – hayır\*

Hiç kan nakli oldunuz mu? evet – hayır\*

Kan nakline alerjik reaksiyon gösterdiniz mi? evet – hayır\*

**16. Kas-iskelet sistemi bozukluğu**

Bazen beliniz ağrır mı? evet – hayır\*

Romatizma veya artritiniz var mı? evet – hayır\*

Omuz, diz veya kalça proteziniz var mı? evet – hayır\*

**17. Sindirim sistemi ve karaciğer hastalıkları**

Mide ekşimesi şikâyetiniz var mı? evet – hayır\*

Mideniz bulanır veya kusar mısınız? evet – hayır\*

Seyahat hastalığınız var mı? evet – hayır\*  
Hiç sarılık geçirdiniz mi? evet – hayır\*

### 18. Sinir sistemi hastalıkları:

Konvülsiyon veya epilepsi hastası mısınız? evet – hayır\*  
Felç geçirdiniz mi? evet – hayır\*  
Karıncalanma veya uyuşma şikâyetiniz var mı? evet – hayır\*  
Nerenizde? .....  
Sık sık baş ağrısı veya migren şikâyetiniz var mı? evet – hayır\*  
Hiç psikolojik rahatsızlık veya depresyon geçirdiniz mi? evet – hayır\*  
Multipl skleroz (MS) rahatsızlığınız var mı? evet – hayır\*  
Miyastenia gravis hastası mısınız? evet – hayır\*  
Sizde veya bir aile üyenizde kolinesteraz eksikliği var mı? evet – hayır\*  
Geçici iskemik atak veya serebrovasküler kaza geçirdiniz mi? evet – hayır\*  
Olası kalıcı hasarı belirtiniz.....

### 19. Diğerleri:

Siz veya aileniz malign hipertermiye duyarlı mısınız? evet – hayır\*  
Bechterew hastası mısınız? evet – hayır\*  
Hiç pulmoner emboli geçirdiniz mi? evet – hayır\*  
Kan nakli veya kan türevlerinin uygulanmasına itirazınız var mı? evet – hayır\*

## BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM

Aşağıda imzası bulunan .....  
Doğum tarihi .....

Bu formu

Kendim

Küçük çocuğum

Diğer: .....

Dolduruyorum.

### Tedavi/muayene için onay

Rahatsızlığım (veya çocuğumun rahatsızlığı) ve önerilen tedavi hakkında yeterli bilgi aldığımı onaylıyorum. Bu bilgilere dayanarak, önerilen tedavi ve ilgili araştırmalar için onay veriyorum. Olası ameliyat durumunda, operasyon, önerilen anestezi yöntemi ve ameliyat öncesi yememe ve içmemeyi kabul ediyorum (bkz. 'karşılama broşürü / ameliyat öncesi broşürü'). Bu bağlamda verilen talimatlara uyacağım (bkz. karşılama broşürü / ameliyat öncesi broşürü).

Okudum ve onaylıyorum,

Tarih,

### Bilgi paylaşımı onayı

Tıbbi dosyamın, özel hayatıma saygı duyularak beni tedavi eden diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla (aile hekimi dahil) paylaşılmasına ve verilerimin güvenli bir ortak tıbbi dosyada saklanmasına izin veriyorum. Tüm tetkik sonuçlarının tarafımla görüşülmesine izin veriyorum. Elimden geldiğince hekimimle sağlığımla ilgili tüm bilgileri (ilaçlar, diğer rahatsızlıklar gibi) paylaştım.

Okudum ve onaylıyorum,

Tarih,

## Masraflar.

Önerilen tedavilerin veya muayenelerin maliyetleri hakkında yeterince bilgilendirildim ve bu maliyetlerin bir kısmını kendi payım olarak karşılayacağım ('remgeld'). Kendi isteğimle tek kişilik odada kalmam veya hekim ve hastanenin beni (aşağıda belirtilen) ek masraflar hakkında bilgilendirmesi durumunda, ciddi ek masrafların meydana gelebileceğinin farkındayım.

Olası ek masraf kalemleri:

.....

.....

.....

Okudum ve onaylıyorum,

Tarih,

# HASTANEYE YATIŞINIZLA İLGİLİ SORULARINIZ