



## Çocuk hasta için anamnez

Çocuğun adı	Doğum tarihi
-------------	--------------

Lütfen tüm sağlık sorularını dikkatlice okuyun ve size uyan kısımları işaretleyin:

Çocuğunuzda aşağıdaki hastalıkları / semptomları tespit ettiniz mi? Eğer evet ise, hangileri?

	evet	hayır
1. Kalp hastalıkları, kalp sorunları veya kalp sesleri? Kalp kimlik kartı veriliş tarihi: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nefes almada zorlanma, astım veya diğer akciğer hastalıkları?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Karaciğer veya böbrek hastalıkları?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bulaşıcı hastalıklar (örn. Hepatit, tüberküloz, HIV)? Hangisi? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diyabet veya metabolizma hastalıkları?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kan pıhtılaşma sorunu veya başka kan hastalıkları?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ateşli nöbetler veya epilepsi nöbetleri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kas tonusu değişiklikleri veya spastik nöbetler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Zihinsel kısıtlamalar veya engeller?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. İşitme bozukluğu veya işitme kaybı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Konuşmada problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Diğer hastalıklar? Var ise, hangileri? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Çocuğunuzun herhangi bir şeye karşı alerjisi var mı? Eğer evet ise, neye karşı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Çocuğunuzun düzenli olarak kullandığı ilaç var mı? Eğer evet ise, hangileri? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Çocuğunuzun tetanos aşısı var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Doğum esnasında hususiyet: <input type="checkbox"/> Erken doğum? <input type="checkbox"/> Sezaryen? <input type="checkbox"/> Forseps yardımıyla doğum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Çocuğunuz daha önce hastanede yatılı olarak tedavi gördü mü? Neden? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Çocuk doktorunuzun adı: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Dental medikal anamnez

evet  
hayır

1. Çocuğunuz hiç diş doktoruna gitti mi? Eğer evet ise, ne zaman ve

hangi diş doktoruna? \_\_\_\_\_

2. Çocuğunuzun daha önce diş doktorunda kötü bir tecrübesi oldu mu?

3. Çocuğunuz daha önce ağız veya yüz yaralanmalı bir kaza geçirdi mi?

4. Çocuğunuz emzik ya da parmak emiyor mu?

4. Çocuğunuz diş ağrısından şikayet ediyor mu?

5. Bugünkü ziyaretinizin sebebi nedir? \_\_\_\_\_

## Beslenme alışkanlıkları

1. Çocuğunuzu emzirdiniz mi? Evet ise, ne kadar süre için? \_\_\_\_\_

2. Çocuğunuza biberondan içirdiniz mi ya da içiriyor musunuz?

Hangi yaşa kadar? \_\_\_\_\_ Ne zaman?  sabah  akşam  gece

Biberonun içindeki ne / ne idi? \_\_\_\_\_

3. Çocuğunuz genelde ne içiyor? \_\_\_\_\_

4. Çocuğunuza düzenli olarak şekerli yiyecek veriyor musunuz?

5. Çocuğunuz aşağıdakileri kullanıyor mu: Floridli diş macunu

Floridli sofrta tuzu

Florid hapları (Zymafluor)

6. Çocuğunuzun dişlerini ne sıklıkla fırçalıyorsunuz? \_\_\_\_\_

## Ebeveyn anamnezi

### Anne

evet  
hayır

1. Herhangi bir şeye karşı alerjiniz var mı? Neye karşı? \_\_\_\_\_

2. Vücudunuzun alerjik reaksiyon gösterdiği bir ilaç var mı? Hangisi? \_\_\_\_\_

3. Dişleriniz sık sık çürür mü?

4. Dişlerinizde diş taşı çok hızlı oluşuyor mu?

5. Diş doktoru randevusuna gelmeden önce korkar mısınız?

### Baba

evet  
hayır

1. Herhangi bir şeye karşı alerjiniz var mı? Neye karşı? \_\_\_\_\_

2. Vücudunuzun alerjik reaksiyon gösterdiği bir ilaç var mı? Hangisi? \_\_\_\_\_

3. Dişleriniz sık sık çürür mü?

4. Dişlerinizde diş taşı çok hızlı oluşuyor mu?

5. Diş doktoru randevusuna gelmeden önce korkar mısınız?

Bu anamnez formunda tarafımdan doldurulan bilgilerin doğru olduğunu bildiririm.

Tarih

İmza Veli