



Global Klinik

Bütüncül Anamnez Formu

Değerli Hastamız

Lütfen bu anamnez formunu doldurmak için yeterince zaman ayırın ve mümkün olduğu kadar doğru bir şekilde doldurmaya gayret edin. Lütfen size göre önemsiz gibi gözüken sorularıda cevaplandırın.

Burada verilen bilgilerin sadece tedavi amaçlı kullanılacağını ve bir üçüncü şahıs yada kurumlara verilmeyeceğini garanti ederiz.

Kişisel Bilgiler

Adı/ Soaydı : _____ Doğum Tarihi _____

Cadde ismi ve nosu: _____ Posta Kodu/ İl-ilçe: _____

Telefon ev /cep: _____ Meslek: _____

E-Mail: _____ Cinsiyeti: _____

Kilo: _____ Boy: _____

Hangi şikayetlerinizden dolayı iyileşmek istiyorsunuz ? Hangi sağlık problemlerinizden dolayı yardım talebinde bulunorsunuz ? Ne zamandan beri bu şikayetlerden muzdarıpsınız ?

Ŗu anda hangi ilaçları kullanıyorsunuz ? Hangi dozda kullanıyorsunuz ?

Alkol kullanıyormusunuz ? Evet /Hayır

Sigara içiyormusunuz ? Evet /Hayır

Bağımlılık yapan herhangi bir madde yada ilaç kullanıyormusunuz ? Evet/Hayır

Spor yapıyormusunuz ? Ne kadar sıklıkla ? Hangi sporu yapıyorsunuz ?

Uyku problemi yaşıyormusunuz ? Evet /Hayır

Herhangi birşeye karşı allerjiniz varmı ? Polen, ilaç, gıda vesaire.

Baş ağrısından şikayet ediyormusunuz ? Ne kadar sıklıkla ? Özellikle başınızın hangi bölgesinde hissediyorsunuz ? Alın, Göz, Şakaklar, Yarım baş ağrısı şeklinde , sabah, akşam, sağ, sol.

Geçirdiğiniz amliyatalr. Ne zaman ? Hangi ameliyatlari geçirdiniz ?

Saç: Sa dökölmesi

Göz: Görme kusurları, Katarakt, Makula dejenerasyonu , Körlük

Kulaklar: Kulak çınlaması, işitme Kusurları

Dişler / Çene Eklemleri: Dişlerinizde dolgu varmı ? Hangisi ? Amalgam, Altın, Seramik, Plastik

Burun: Ameliyat, Sinusit, Burundan solumada problemler

Bademcik: Ameliyat, sık sık bademcik iltihaplanması çocukken / şimdi

Guatr: Aşırı / az çalışması, ameliyat, ilaç, nodul, büyüme

Kalp: Şikayetler, ritim problemleri, kalp büyümesi, kalp krizi

Akciğer / Solunum yolları: Zaturre, Bronşit, kronik Şksürme şikayeti, Astım

Kraciğer: İltihap, yağlanma, Hepatit, Siroz

Safra Kesesi: Taş, Ağrı, Ameliyat Sağ karın üst bölgede ağrı, yağlı yiyeceklerden sonra hazım problemleri

Mide: Midede dolgunluk hissi, Gastriti, İştahsızlık, Ağrı, Mide asidini yemek borusunda hissedilmesi, hazım problemi

Bağırsaklar: Kronik bağırsak iltihabı, Hemoroid, Appandis ameliyatı, aşırı gaz, pis koku

Büyük abdest: Ne kadar sıklıkla? günlük, her 2.3.4. Gün, Düzensiz, kabızlığa meyilli,

İshale meyili

Büyük abdest kıvamı? Örn. . normal kıvamında, sert, yumuşak , yapışkan, açık renkli, koyu renkli, aşırı pis kokulu, büyük abdest tutamama; Gefühl, tuvalette çok uzun süre kalma, değişken Kabızlık – İshal durumu

Kollar: yaralanma, Ağrı, Tenisçi dirseği,Ameliyatlar, uyuşma, ellerde üşüme hissi

Ayaklar: yaralanmalar, Ağrı, Varis, ameliyat, soğuk / sıcak ayaklar, karıncalanma, uyuşmalar

Sırt/ Omurilik: yaralanmalar, bel tutulması, kas gerginliği, Romatizma, ameliyatlar

Cilt/Tırnaklar: Yanıklar, yaralar, kaşıntı, siyil, mantar, Tırnak batması, tırnak dibi iltihaplanmaları, tırnak kırıkları, tırnak çatlaması

Vücudunuzda ameliyat yada yaralanma sonucunda oluşan skar dokusu mevcut mu ? Nerede?

Göğüsler: Kistler, Tumor, Gerginlik ağrısı, Mastit.

Alt Batın / Cinsel organlar Akıntı, yumurtalık iltihabı, Tumor, Kist, myom, ölü doğum, zuhrevi hastalıklar

Adet düzeni: İlk adetinizi kaç yaşınızda gördünüz? _____ Şikayetler önce/ sonra/ Adet esnasında. Lütfen kısaca yazın.

Adetten kesilme şikayetleri? Şikayetlerinizi kısaca yazın ? Son adetinizi ne zaman gördünüz

Penis, Prostat: İltihaplar, idrar yaparken şikayet, ameliyat, Infektion

Korunuyormusunuz? Ne ile?

Böbrekler/İdrar torbası: Böbrek taşı, iltihap, ne kadar sık?

İdrar: çok, az, sık sık, idrar tutamama

Cinsellik: Örn: . azalmış, artmış, doyumsuz, ağrılı

Beyin: İnme, epilepsi

Psikoloji / Sinir Sistemi: Sinir krizi, depresyon, Born Out

Aşağıdaki sorular psikolojik stres, günlük yaşam ve hayat şartlarınız hakkında olacaktır.

Korku şikayetınız var mı? Yalnızlık, Karanlık, yükseklik, Hastalıklar v.s

Çabuk sinirlenirmisiniz?

Sürekli kara kara düşünürmusunuz?

Hayat arkadaşınız/ eşiniz varmi ? Bu birliktelikten memnunmusunuz?

Sosyal kontakt özelliğiniz nasıl? (örn. . iyi, toplumda olmaktan mutlu olan, yalnız, izole, topluma iyi integre olmuş, mutsuz)

Mesleğinizden ve işinizden memnunmusunuz?

Geçmişte yada şimdi Stres iş/ eğitim/işsizlik/ Mobing

Geçmişte yada yakın zamanda ailede yada yakın akraba çevresinde ani ölüm yada intihar vakası oldu mu ?

Ev ortamınız nasıl :? yalnız / aile / arkadaşlarla ortak/gürültülü/ sakin/küçük ve dar / geniş ve rahat/ kendimi evimde huzurlu hissediyorum/ kendimi evde huzursuz hissediyorum

Yaşadığınız yada çalıştığınız mekanlarda : Küf ve mantar, aşırı gürültü, egzoz gazları, duman, kimyasal madde, elektromog

Hayatınızda yaşadığınız ve sizi çok etkileyen Taşınma, Ayrılık, ölümler, doğumlar, iş değişikliği, okul değişikliği, v.s gibi olayları yılları ile birlikte yazınız:

Tarih: _____ İmza: _____

Verdiğiniz emek için teşekkürler !