

Sayın Hastalarımız

Amacımız sizi en iyi şekilde tedavi etmek. Bu nedenle, hakkınızda ve şikâyetleriniz hakkında önceden birkaç bilgiye ihtiyacımız var. Tüm bilgiler sır saklama yükümlülüğüne tabidir ve paylaşılmamaktadır. Soruları cevaplayacağınız için teşekkür ederiz.

Adınız: _____ Soyadınız: _____

Adresiniz: _____

Ev telefonunuz: _____ İş telefonunuz: _____

Cep tel.: _____ E-posta: _____

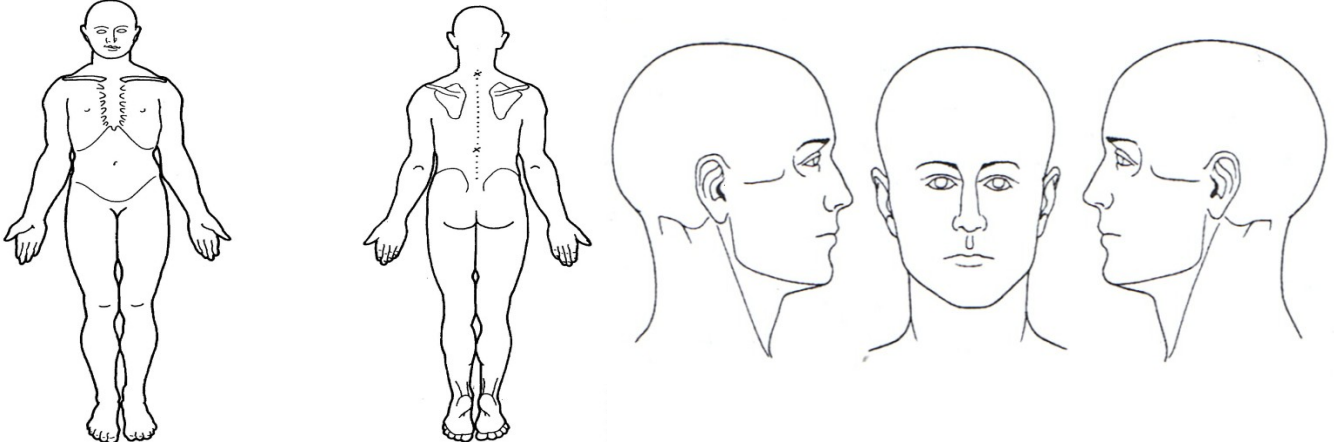
Sigortanız (lütfen işaretleyiniz): Zorunlu/Özel/Yardım _____

Yaşınız: _____ Mesleğiniz: _____ Spor/Hobiniz: _____ Aile Hekiminiz: _____

Randevu iptalleri sadece tedavi öncesinden en geç 24 saat içinde yapılmalı. İptal edilmeyen randevular size özel olarak faturalandırılır. İlk tedavide zorunlu sigorta kapsamındaki katkı payının reçetenizle birlikte ödeyeceğinizi lütfen unutmayınız.

Tarih: _____ İmza: _____

1.) **Sorunlarınız nerede?** (Lütfen işaretleyiniz):



2.) **Başlıca şikâyetleriniz nelerdir?** _____

3.) **Ağrılarınız var mı?** Evet Hayır

4.) **Hareketliliğiniz değişti mi?** Evet Hayır

5.) **Duyarlılığınız değişti mi** (yanma, karıncalanma, uyuşukluk, aşırı duyarlılık, iğnelenme)? Evet Hayır

6.) **Gücünüz değişti mi** (güçsüzlük, uyuşma)? Evet Hayır

7.) **Günlük yaşantınızda nelerden şikâyetçisiniz?** _____

8.) **Şikâyetleriniz ne zamandan beri var?** _____

9.) **Şikâyetleriniz için bir tetikleyici var mıydı** (düşme, kaza, vs.)? _____

10.) **Şikâyetlerinizi ne gideriyor** (lütfen daire içine alınız veya yazınız)? Hareketlilik, dinlenme, uzanma, oturma, otururken kalkma, diz çökme, eğilme, ayakta durma, yürüme, koşma, yük kaldırma, taşıma, baş üstü çalışma, avuçlama, çalışma, hobi, spor, sabahları, öğlenleri, akşamları, geceleri _____

Lütfen sayfayı çeviriniz!!!

11.) Şikâyetlerinizi neler daha da **kötüleştiri**yor (lütfen daire içine alınız veya yazınız)? Hareketlilik, dinlenme, uzanma, oturma, otururken kalkma, diz çökme, eğilme, ayakta durma, yürüme, koşma, yük kaldırma, taşıma, baş üstü çalışma, avuçlama, çalışma, hobi, spor, sabahları, öğlenleri, akşamları, geceleri _____

12.) **Şu an ağrılarınızı** ne kadar hissediyorsunuz? (Lütfen daire içine alınız):

(ağrı yok) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maksimum ağrı var)

13.) **Ağrılarınız maksimum** ne kadar? (Lütfen daire içine alınız):

(ağrı yok) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maksimum ağrı var)

14.) Şikâyetiniz var mı (lütfen daire içine alınız): **sürekli/aralıklarla**

15.) Şikâyetleriniz (lütfen daire içine alınız): **aynı/daha iyiye gidiyor/daha kötüye gidiyor**

16.) Şunları yaparken şikâyetiniz oluyor mu (lütfen daire içine alınız):

Öksürürken/hapşırırken/sıkarken/yutarken?

Evet Hayır

17.) **Yürüme** veya **denge sorunuz** var mı?

Evet Hayır

18.) Hamile misiniz?

Evet Hayır

19.) **Başınız ağrıyor** mu?

Evet Hayır

20.) **Baş dönmesi, mide bulantısı, baygınlık** veya **sersemlik** oluyor mu?

Evet Hayır

21.) **Diyabet hastası** mısınız?

Evet Hayır

22.) **Osteoporoz** var mı?

Evet Hayır

23.) **Başka hastalıklarınız** var mı (örn. yüksek tansiyon, ateş, keyifsizlik vs.)?

Evet Hayır

24.) **İlaç** alıyor musunuz (Kortizon, kan inceltici, beta bloker, vs.)?

Evet Hayır

25.) **Tümörünüz** veya **kanser hastalığına** yakalandınız mı?

Evet Hayır

26.) Geceleri ağrılarınız var mı?

Evet Hayır

27.) Son haftalarda beklenmedik bir şekilde **kilo verdiniz** mi?

Evet Hayır

28.) Son haftada **ateşiniz, gece veya aşırı terlemeleriniz oldu mu?**

Evet Hayır

29.) Hayatınızda hiç **kaza** ve/veya **ameliyat** geçirdiniz mi?

Evet Hayır

30.) **Başka şikâyetleriniz** var mı: görme-, konuşma-, işitme sorunları, idrar kaçırma, kabızlık, sabah tutulmaları, hafif kanamalar, nefes darlığı, kramp, vs.?

Evet Hayır

31.) Yüklenmelerin/hareketlerin **şikâyetlerinize** zarar vereceğinden korkuyor musunuz?

Evet Hayır

32.) Durumum endişe verici ve beni zora sokabilir?

Evet Hayır

33.) **Ağrılarımı** düşünmekten kendimi **alamıyorum?**

Evet Hayır

34.) Artık dayanamayacağımı hissediyorum?

Evet Hayır

35.) **Tanı** ve **tedavi** için şimdiye kadar hangi **yöntemler** uygulandı? (lütfen daire için alınız) Röntgen / Bilgisayarlı Tomografi / Manyetik Rezonans görüntüleme (MRT) / iğne / masaj / fizik tedavisi / alıştırma / diğer: _____

36.) Tedaviden beklentileriniz ve hedefleriniz nelerdir? _____