

### 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: \_\_\_\_\_

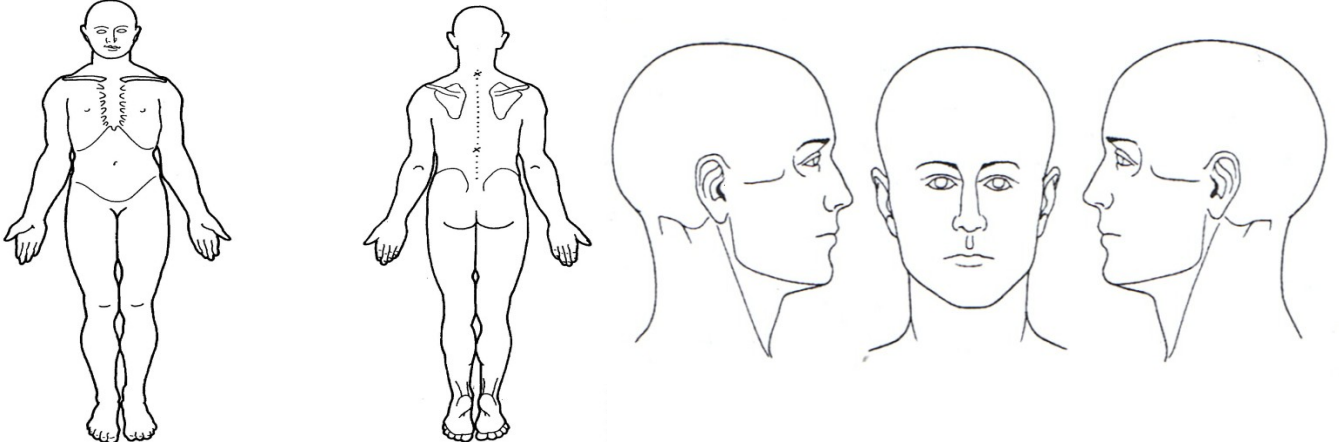
Sigortanız (lütfen işaretleyiniz): Zorunlu/Özel/Yardım \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_