



(BU BÖLÜM TEDAVİYİ UYGULAYAN DOKTOR/SAĞLIK KURULUŞU TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR)

TEDAVİ OLAN SİGORTALININ ADI, SOYADI : .....

Hastanın Başvuru Tarihi : ...../ ...../ .....

Hastanın Tedavi şekli :  Cerrahi Tedavi  Medikal Tedavi  Ayakta Tedavi

Hastanın Şikayetleri : .....

.....

.....

Hikayesi (Hastalığın ilk başlangıç tarihi ve yapılan tedaviler) : .....

.....

.....

Hastanın ilk olarak size başvurduğu tarihi ve sevkeden doktorun adını belirtiniz : .....

.....

Özgeçmişi : .....

a-Geçirdiği ameliyatlar, yatarak tedaviler ve tarihleri : .....

b-Geçirdiği kazalar ve tarihleri : .....

c-Geçirdiği hastalıklar ve kullandığı ilaçlar : .....

Alışkanlıkları, kullanım miktarı, süresi :  Sigara.....

Alkol.....

Soygeçmişi : .....

.....

.....

Fiziki Muayene Bulguları : .....

.....

.....

Ön Tanı : .....

.....

.....

.....

Öngörülen

Tedavi / Yapılacak

Cerrahi Müdahale : .....

.....

.....

Hastanede tahmini kalış süresi ? .....

Takibeden tedavi veya cerrahi müdahale gerekiyor mu? .....

.....

Sonuç : .....

.....

Tedaviyi / cerrahi müdahaleyi üstlenen doktor tedavi olunan hastanede

Kadrolu Doktor  Kadrolu Değil  Anlaşmalı Muayenehane Doktoru

Doktorun Adı, Soyadı : .....

Tarih : ...../ ...../ .....

Kaşesi : .....

İmza : .....

Telefonu : .....