



Çocuk Hasta Bilgi Formu

Veli ya da yasal temsilci tarafından doldurulur. Emin olmadığınız soruları muayenede birlikte konuşabiliriz.

Çocuğun bilgileri

Ad soyad _____
Doğum tarihi _____ Sınıf / okul _____

Veli bilgileri

Veli ad soyad _____ Yakınlık _____
Telefon _____ E-posta _____
Adres / şehir _____

Başvuru nedeni

- | | |
|---|---|
| ☐ Dişlerde çapraşıklık | ☐ Süt dişi erken kaybı / geç düşmesi |
| ☐ Öne çıkık üst dişler | ☐ Kalıcı diş sürmemesi |
| ☐ Alt çene önde | ☐ Diş hekimi yönlendirmesi |
| ☐ Çapraz kapanış | ☐ Kontrol amaçlı |
| Diğer _____ | |

Genel sağlık

- Sürekli takip edilen bir hastalığı var mı? ☐Evet ☐Hayır
- Astım ya da alerjik burun hastalığı var mı? ☐Evet ☐Hayır
- Geniz eti / bademcik sorunu ya da ameliyatı oldu mu? ☐Evet ☐Hayır
- Düzenli kullandığı bir ilaç var mı? ☐Evet ☐Hayır
- Kullandığı ilaçlar _____
- Alerjileri _____

Alışkanlıklar

- Parmak ya da emzik emme alışkanlığı var mı / oldu mu? ☐Evet ☐Hayır
- Ağız açık uyuyor ya da ağızdan nefes alıyor mu? ☐Evet ☐Hayır
- Uykuda horlama oluyor mu? ☐Evet ☐Hayır
- Dudak ısırma ya da dil itme fark ettiniz mi? ☐Evet ☐Hayır
- Diş gıcırdatma oluyor mu? ☐Evet ☐Hayır

Diş geçmişi

- Dişlerine darbe aldı mı / diş kırıldı mı? ☐Evet ☐Hayır
- Daha önce aparey ya da plak kullandı mı? ☐Evet ☐Hayır
- Ailede çene ya da diş dizilim sorunu var mı? ☐Evet ☐Hayır
- Son bir yıl içinde diş röntgeni çekildi mi? ☐Evet ☐Hayır
- Son diş hekimi kontrolü (yaklaşık tarih) _____

Bu formdaki bilgiler yalnızca muayene ve tedavi planlaması amacıyla kullanılır ve 6698 sayılı KVKK kapsamında korunur. Formu veli veya yasal temsilci doldurur ve kliniğe elden teslim eder.

Tarih Veli imzası

Bu belge genel bilgilendirme amaçlıdır; size özel talimatlar için hekiminizin söylediklerini esas alın. Acil sağlık durumlarında 112'yi arayın.

