TARİH:

**Y.T.Ü MEDİKO DİŞ KLİNİĞİ HASTA ANAMNEZ FORMU**

HASTA ADI-SOYADI TC NO:

DOSYA NO TEL NO:

YAŞ CİNSİYET □KADIN □ERKEK

1- Son 14 gün içerisinde kendiniz veya aile bireylerinizden biri Türkiye dışı bir ülkeye seyahat yaptınız mı ya da yurt dışından gelen kişi/kişiler ile temasta bulundunuz mu?

□ EVET □ HAYIR

2- COVID-19 teşhisi konan ya da şüphesi olan bir kişi ile temasta bulundunuz mu?

□ EVET □ HAYIR

3- Son 14 gün içerisinde ateşiniz oldu mu?

□ EVET □ HAYIR

4- Son 14 gün içerisinde öksürük, nefes darlığı ile ilgili bir sıkıntı yaşadınız mı?

□ EVET □ HAYIR

5- Şu anda aşağıdaki bulgulardan hangisine sahipsiniz?

□ Ateş (……°C) □ Öksürük □ Solunum Sıkıntısı

□ Boğaz Ağrıs ı □ Kırgınlık □ İshal

□ Baş Ağrısı □ Kusma □ Miyalji

□ Karın Ağrısı □ Hiçbiri

□ Diğer belirti ve bulgular (Belirtiniz):………….……….………………………………………………………….

6- Çevrenizde benzer hastalık tablosu olan kişi/kişiler var mı?

□ EVET □ HAYIR □ BİLİNMİYOR

7- Yakın zamanda, tanımadığınız kimselerle sıkı temasta olduğunuz toplantılara, organizasyonlara katıldınız mı?

□ EVET □ HAYIR

8-Son 14 gün içerisinde varsa kullandığınız ilaçlar nelerdir.

**Okudum anladım beyanımın doğru olduğunu ve yasal sorumluluklarımı kabul ediyorum. İmza**