

## TANIŞMA FORMU

Yanıtlamanızı rica ettiğim soruların bazıları size , sizin yakınmalarınız ile ilgili görünmese de sizin yaşam alışkanlıklarınızı, günlük rutinlerinizi, var olan ve olası sağlık sorunlarınızı anlamam için bana ve size zaman kazandıracaktır .

Böylece geldiğinizde sorunlar ve öneriler hakkında konuşmak için daha çok vaktimiz olacak . Çünkü bu izlemlerde karşılıklı olarak biraz fazla uzun konuşmamız gerekecek .

Hem bazı konuları unutmamamız böylece mümkün olacak hem de bazen yüz yüze konuşmaktan çekindiğiniz konuları burada daha kolay ifade edebileceğinizi tahmin etmekteyim.

Op.Dr.Sennur Zorer

İsim-Soyisim : ..... Doğum Tarihi : .....  
Telefon : ..... Doğum Yeri : .....  
e-mail : .....

1

Boy : ..... Aşırı kilo alıp verdiğiniz dönemler yaşadınız mı? .....  
Kilo : ..... Ne zamanlardı? .....

İşiniz :..... İşinizden memnun musunuz? .....

Özellikle son zamanlarda sizi yoran sorunlarınız var mı? .....

Allerjiniz var mı? Neye? Kaç yıldır? .....

Hiç ameliyat oldunuz mu? Ne ameliyatı ? .....

Hastaneye hiç yattınız mı ve nedeni? .....

Covid geçirdiniz mi? Ne zaman? .....

Egzersiz/spor yapıyor musunuz? Eskiden yaptınız mı? İlgilendiğiniz, hoşlandığınız spor nedir?

Sigara içiyor musunuz, ne kadar ve kaç yıldır? Bıraktınızsa ne kadar oldu? Evde sigara içen kimse var mı? .....

Kahve / çay günde ne kadar? ..... Kola içer misiniz? .....

Günde kaç bardak su içersiniz? .....

Genellikle uyku saatiniz kaçtır? ..... Genellikle Sabah kaçta kalkarsınız ? .....

Alkol kullanıyorsanız ne kadar ne sıklıkta ? ..... Evde kullanan kimse var mı? .....

Evde yemeği siz mi yaparsınız? Yemek yapmaktan keyif alır mısınız ? Dışarıda ne sıklıkta yemek yersiniz? Çok misafir gelir mi? .....

Değiştirmek istediğiniz bir alışkanlığınız var mı, nedir ? .....

Bu değişiklikleri yapamamanızın önündeki engelleriniz ne? Örneğin :

Yeteri kadar istiyor musunuz? .....

Evde hasta veya yaşlı bakımı yapıyor musunuz ? .....

Çok fazla misafir geliyor mu ? .....

Çok seyahat ediyor musunuz? .....

Çok yoğun çalışıyor musunuz? .....

Başka : .....

# Op.Dr.Sennur Zorer

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı

Bildiğiniz hastalıklarınız?									
Kansızlık		Anksiyete		Depresyon		Panik atak		Romatizma	
Kanser		Diabet		İnsülin direnci		Alkolizm		Epilepsi/Sara	
Göz tansiyonu		Kalp hastalığı		Yüksek tansiyon		Yüksek kolesterol		Karaciğer hastalığı	
Böbrek hastalığı		Ruhsal hastalık		Migren		Obesite		Felç, damar tıkanıklığı öyküsü	
Tiroid hastalığı				Başka					
Aşağıdaki yakınmalar sizde var mı?									
Baş dönmeleri		Baş ağrısı		Kolay morarma		Kıllanmada artış			
Ağız kokusu ve kuruluğu		Diş eti kanaması diş sorunları							
Yorgunluk		Ateş basması		Sık sık terleme ve üşüme		Kramplar		Eklem ağrıları	
Bel ağrısı		Halsizlik		Gece terlemeleri					
Uykusuzluk		Sık sık uyanma		Karında yağlanma		Kilo artışı		Zayıflama	
Göz tansiyonu		Katarakt veya görme bozukluğu		Sık grip olma		Boğazda yanma		Burun kanaması	
Ağız içi aft		Genital aft		İşitme sorunları					
Ciltte hızlı kırışma, kuruluk,sarkma		Akne /Sivilce		Tırnak kırılması		Egzama			
Aşırı Yağlı cilt		Saç köklerinde kaşıntı		Saçlarda incelme		Saç dökülmesi		Ayaklarda veya vücutta ödem	
Karın ağrıları		Şişkinlik		Aşırı gaz		Reflü?		Kabızlık	
İshal				Mide yanması		Rectal kanama		Hemoroid	
Sık idrara çıkma		Gece idrara kalkma		İdrar kaçırma öksürünce gülünce		Akıntı Kaşıntı			

Sık tatlı krizi yaşar mısınız? ..... Kaç ana öğün yersiniz? .....  
Ana öğünler harici çok atıştırır mısınız? .....  
Yaklaşık Kahvaltı saati ..... Öğle yemeği saati ..... Akşam yemeği saati .....  
Gıda alerjiniz var mı? ..... Varsa neye karşı : .....

Cinsel isteksizlik var mı, libidonuz nasıl? .....  
Orgazm zorluğu yaşıyor musunuz? .....  
Diğer cinsel sorunlar : .....

İlk adet başlama yaşı: ..... Adet ritmi: .....  
Kaç gün sürüyor? ..... Regl sancıları olur mu? .....  
Günde kaç pet değişiyorsunuz? .....  
Doğum yaptınız mı? ..... Düşük ? .....  
Doğum kontrol yönteminiz .....

Kolay öfkelenir misiniz? ..... Kaygılı mısınız ?.....  
Stresle kolay baş eder misiniz? ..... Fobileriniz, korkularınız var mı?.....  
Yalnızlık hissediyor musunuz? ..... Çok rüya/ kabus görür müsünüz?.....  
İşinizde stresli misiniz? .....  
Yakın ilişkilerde stresiniz var mı? .....  
Sorunlarınızda yakın ilişkileriniz size yardımcı mıdır? .....  
Son yıllarda sevdiklerinizden kaybettiğiniz oldu mu? .....  
Yakında ayrılık yaşadınız mı? .....  
İş değişikliği veya iş kaybı yaşadınız mı? .....

Günlük Enerjiniz yüksek mi düşük müdür? .....

Gün içinde ruhsal durumunuz çok değişkenlik gösterebilir mi? .....

Sağlık durumunuzla ilgili özellikle söylemek istediğiniz bir şey var mı? .....

.....  
.....

**Düzenli kullandığınız ilaçlar**

.....  
.....  
.....

**Düzenli kullandığınız vitaminler/ besin destekleri?**

.....  
.....

**Evde berber yaşadığınız eş ve çocuklarda kilo sorunu var mı?**

.....  
.....

**Ailenizde Kanser, Diabet, Kalp Hastalığı, Yüksek tansiyon var mı?**

.....  
.....

**Bize gelmeden önceki 3 gün yediklerinizi not alır mısınız ? (Sabah öğle akşam ve atıştırmalar neler miktar önemli değil)**

.....  
.....