



KURUM / KURULUŞ ENGELLİ / YAŞLI İLK KABUL MUAYENESİ

Kurum / Kuruluş Adı	Tarih : / /202....
---------------------	--------------------

Kimlik Bilgileri

Adı Soyadı	Kuruluşu Geldiği Yer	Sosyal Güvencesi
TC Kimlik No	Anne Adı	Baba Adı
Boy	Kilosu	Cinsiyeti Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>
Doğum Yeri	Doğum Tarihi	Kan Grubu
Alerjisi	Eğitim Durumu	Kalacağı Kat/Oda No
Kabul Tarihi	Mesleği	Diğer

Birime Geliş Şekli

Yürüyerek <input type="checkbox"/>	Tekerlekli Sandalye <input type="checkbox"/>	Destekle <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
------------------------------------	--	-----------------------------------	--------------------------------

Konuşma Durumu

Konuşabiliyor <input type="checkbox"/>	Konuşmıyor <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------------	--------------------------------

İşitme Durumu

Duyabiliyor <input type="checkbox"/>	Duyamıyor <input type="checkbox"/>	İşitme Cihaz Kullanıyor <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------------

Görme Durumu

Görebiliyor <input type="checkbox"/>	Göremiyor <input type="checkbox"/>	Gözlük Kullanıyor <input type="checkbox"/>	Şaşılık Var <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------------

Hastalıklar

Epilepsi <input type="checkbox"/>	HT <input type="checkbox"/>	Psikiyatrik ve Ruhsal Hastalık <input type="checkbox"/>	Baş Dönmesi <input type="checkbox"/>	DM <input type="checkbox"/>
KOAH <input type="checkbox"/>	Kalp Yetmezliği <input type="checkbox"/>	Sarılık <input type="checkbox"/>	Siyanoz <input type="checkbox"/>	Kusma <input type="checkbox"/>
Beslenme Güçlüğü <input type="checkbox"/>	Kaza ve Ameliyat <input type="checkbox"/>	Parazit <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	

Ailesel Hastalıklar

Yok <input type="checkbox"/>	Var (Belirtiniz) <input type="checkbox"/>	Sürekli Kullandığı
		Diş Protezi <input type="checkbox"/> Kalp Pili <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>

Zararlı Alışkanlıklar

Yok <input type="checkbox"/>	Var (Belirtiniz) <input type="checkbox"/>
------------------------------	---

Bağımlılık Durumu

Yok <input type="checkbox"/>	Var (Belirtiniz) <input type="checkbox"/>
------------------------------	---

İlaç Kullanımı

Antiepileptik İlaç Kullanımı: (Depakin, Epdantoin, Luminal vs)
Psikiyatrik İlaç Kullanımı: (Xanax, Diazem, Diazepam, Akineton vs)

Mental Durumu

Mental Reterdasyon	Yok <input type="checkbox"/>	Var <input type="checkbox"/>	Derecesi	Konfüzyon	Yok <input type="checkbox"/>
Oryantasyon Düzeyi	Yok <input type="checkbox"/>	Var <input type="checkbox"/>	Derecesi		Var <input type="checkbox"/>