

# MÜŞTERİ RIZA VE ACC BİLGİLENDİRME FORMU

Yalnızca dahili kullanım için:

GİRİŞ FN:

## BÖLÜM 1 - KİŞİSEL BİLGİLER

UNVAN:	TELEFON:
AD:	İŞ TELEFONU:
TERCİH EDİLEN AD:	CEP:
SOYADI:	E-POSTA:
CİNSİYET: <input type="checkbox"/> ERKEK <input type="checkbox"/> KADIN	AÇIK ADRES:
DOĞUM TARİHİ:	
ETNİK GRUP:	
PRATİSYEN DOKTORUN ADI:	BANLİYÖ:
TIBBİ UYGULAMA:	ŞEHİR:
MESLEK:	POSTA KODU:

HERHANGİ BİR KÜLTÜREL VEYA  
FİZİKSEL İHTİYAÇ:

## BÖLÜM 2 - GENEL SAĞLIK ANKETİ:

<input type="checkbox"/> Hamile	<input type="checkbox"/> Kalp rahatsızlığı	<input type="checkbox"/> İşitme/görme engelli	<input type="checkbox"/> Astım/Solunum
<input type="checkbox"/> HIV/Hep C	<input type="checkbox"/> Felç/TIA	<input type="checkbox"/> Osteoporoz/kemik zayıflığı	<input type="checkbox"/> Cilt rahatsızlığı
<input type="checkbox"/> Son 5 yıl içerisinde geçirilen ameliyat .....	<input type="checkbox"/> Kanser	<input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz) .....	<input type="checkbox"/> Alerji (Belirtiniz) .....
<input type="checkbox"/> Sigara içen			

İLAÇLAR – LÜTFEN BELİRTİNİZ:

## BÖLÜM 3 – RIZA

İşbu belgeyle; hastalık, yaralanma veya rahatsızlık durumunda gerekli görülebilecek fizik tedavi hizmetlerinin sağlanması amacıyla nitelikli bir fizyoterapist tarafından tedavimin yapılmasına onay veriyorum. Önerilen tedavi yöntemini kısmen ya da tamamen reddetme hakkına sahip olduğumu biliyorum. İkinci bir görüş alma hakkına sahip olduğumu biliyorum. Talep etmem halinde, yanımda bir refakatçi bulundurabileceğimi biliyorum. Gerekmesi halinde, rahatsızlığım hakkında pratisyen doktor veya uzman hekimden görüş alınmasına onay veriyorum.

**İMZAYALAN:**

**TARİH:**

(Hastanın 16 yaşından küçük olması halinde, işbu belge hastanın velisi/ailesi tarafından imzalanmalıdır)

## Hasta Spesifik İşlevsel Puanı:

Gelişiminizi takip etmemize yardımcı olması amacıyla yaşadığınız ağrının günlük hayatınızı ne derecede etkilediğini görmemiz gerekiyor.

Lütfen yapmakta zorlandığınız üç faaliyeti (örn., giyinmek, uzanmak) sıralayın. Daha sonra, her bir faaliyeti zorluk seviyesine göre 10 üzerinden puanlayın.

Faaliyet	Puan
1	
2	
3	

**Puan aralığı:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

İlgili faaliyeti eskisi  
gibi yapabiliyorum

İlgili faaliyeti  
yapamıyorum