

## GASTROTERAPİ BESLENMESİ (Dr.Gökalp Müstecaplıoğlu) FORM 4

DANIŞANIN ADI - SOYADI	
DOĐUM TARİHİ	
DOĐUM YERİ	
ADRES	

Var olan sorunlara + işareti koymalısınız..

Diabet rahatsızlığı ?		Mide rahatsızlığı ?		Alkol ?	
Hipertansiyon ?		Kabızlık veya Diare ?		Kahve veya Çay 2 den fazla ?	
Karaciğer rahatsızlığı ?		Barsak gazları ?		Gece tuvalete kalkma ?	
Kalp rahatsızlığı ?		Gece yemeleri ?		Çiğneme sorunları ?	
Böbrek rahatsızlığı ?		Yorgunluk-Halsizlik ?		Hormon bozukluğu ?	
Tiroid rahatsızlığı ?		Eklem ağrıları ?		Stres yoğunluğu ?	
Allerjik yapı ?		Uyku sorunları ?		İş yoğunluğu ?	
Baş ağrısı ?		Horlama ?		Düzenli egzersiz ?	
Baş dönmesi ?		Uyku Apnesi ?		Cilt rahatsızlığı ?	
Hepatit A-B-C ?		Sigara ?		Diğer:.....	

Kullanılan İlaçlar ( varsa ) ve dozları ?

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

Eklemek istediğiniz diğer sağlık bilgileriniz ?

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

BAŞVURU TARİHİ	
DANIŞANIN ONAY İMZASI	