



PROF. JEFFRY KASHUK

FACIAL AESTHETICS & SURGERY

שאלון רפואי לפני יעוץ או טיפול פיסורה אנאלי

שם מלא: _____ ת.ז: _____
טלפון: _____ ניד: _____
תאריך לידה: _____
דוא"ל: _____
כתובת: _____

האם עברת בעבר ניתוח פיסורה?	כן / לא
האם עברת בעבר טיפול פיסורה?	כן / לא
האם עברת בעבר ניתוח בריאטרי?	כן / לא
האם את/ה נוטל תרופות באופן קבוע?	כן / לא פרט: _____
האם את/ה חולה במחלה/ות כרונית?	כן / לא פרט: _____
האם את/ה סובל/ת מאלרגיות?	כן / לא פרט: _____

הסכמת המטופל/ת:

בחתימתי הנני מצהיר/ה כי הפרטים אשר מולאו בגיליון זה מולאו על ידי והינם נכונים

שם: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

בדיקה רופא:

דרגת פיסורה: _____ מקום: _____
טונוס: _____ טחורים: _____
פיסטולה: _____

בדיקה אחות:

לחץ דם: _____ סטוראטיון: _____ דופק: _____