



Plastik Cerrahi Hasta Kayıt Formu

Op. Dr. Oytun İdil (Estetik plastik cerrahi - El cerrahisi - Mikrocerrahi)

- 1) Su nombre y apellido:
- 2) TC Número de identificación (para pacientes turcos):
Número de pasaporte (para pacientes extranjeros):
- 3) Su fecha de nacimiento:
- 4) Su profesión:
- 5) Su estado civil (casado, soltero, etc.):
- 6) Sus números de teléfono donde podemos comunicarnos con usted:
Teléfono de casa :
Teléfono de oficina :
Teléfono móvil :
- 7) Su dirección:
- 8) Su dirección de correo electrónico (también si tiene un sitio web, la dirección de su sitio):
- 9) Su queja:
- 10) ¿Tiene usted alguna enfermedad grave en su familia (madre, padre, cardiopatía, diabetes, etc.):
- 11) Si tiene una enfermedad grave o una cirugía que ha tenido o ha tenido en el pasado, escriba (hipertensión, enfermedad cardíaca, rinoplastia, etc.):
- 12) ¿Fuma, cuánto?
- 13) ¿Tiene alguna alergia conocida a medicamentos?
- 14) ¿Tiene alguna droga que usa constantemente?

Fecha y firma:

Op. Dr. Oytun İdil (Estetik plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanı)
Rumeli cad. Müşerref apt. No:3 Kat:1 Daire:1 Nişantaşı – İstanbul
GSM: 0 533 569 06 49 – 0 505 296 55 69 E-mail: oytunmd@gmail.com Web: www.kozmetikcerrahi.com