



Özel Ekol Hastanesi

KİŞİSEL BİLGİ FORMU (AĞRI TERAPİSİ)



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
DK.FR.08	26.06.2025	00	-	1 / 2

TARİH:...../...../.....

İSİM ve SOYADI:

YAŞ: MESLEK:

TLF/GSM: TLF/EV-İŞ:

MEDENİ DURUM: ÇOCUK SAYISI:

E-MAİL:

BİZE NASIL ULAŞTINIZ:

1) AŞAĞIDAKİLERDEN DÜŞKÜN OLDUĞUNUZ YA DA ÇOK KULLANDIĞINIZ GIDA GURUPLARINI İŞAREYİNİZ.

- | | |
|---|------------------------------------|
| a) Hamur işleri - Ekmek - Makarna/Pilav | b) Tatlılar (şerbetli ya da sütlü) |
| c) Peynirler, yoğurt ya da süt | d) Çerezler |
| e) mide ilaçları | f) antibiyotikler |
| g) tansiyon ilaçları | |

2) AŞAĞIDAKİ İLAÇLARDAN KULLANMAKTA OLDUKLARINIZI İŞARETLEYİNİZ.

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| a) İnsülin | b) İnsülin harici şeker ilaçları |
| c) Tiroid hormonu | d) Östrojen içeren hormon ilaçları |
| e) Kortizon içeren ilaçlar | |

3) AŞAĞIDAKİ İLAÇLARA KARŞI ALERJİNİZ VARMI?

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|------------|
| a) Novalgine | b) Penisilin | c) Apranax |
| d) Diğer antibiyotikler | e) Kortizon içeren ilaçlar | |

4) SÜREKLİ İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ?

- | | | |
|--------------|--------------|--------------------|
| a) Diyabet | b) Tiroid | c) Mide - bağırsak |
| d) Depresyon | e) Romatizma | |

5) KADINLAR İÇİN...

- a) Menapoz döneminde değilim
b) Menapoz öncesi dönemdeyim/ yeni başlıyor
c) Menapoz dönemindeyim

6) KULLANDIĞINIZ İLAÇLARI YAZINIZ.

7) AŞAĞIDAKİLERDEN SİZDE OLANLARINI İŞARETLEYİNİZ.

- | | | |
|-------------|----------------------|------------------------------|
| a) Kabızlık | b) Karında şişkinlik | c) Kolit tipi karın ağrıları |
| d) İshal | e) Bulantı | |

8) AŞAĞIDAKİLERDEN SİZDE OLANLARINI İŞARETLEYİNİZ.

- a) Halsizlik - sabah kalkmada güçlük
b) Sebebi tam belli olmayan vücut ağrıları
c) Sıkıntılı duygusal durum
d) Şeker düşmesi (hipoglisemi) atakları
e) Migren ya da gerilim tipi baş ağrıları
f) Uyku Problemleri

9) SON 2 YILDIR AĞZINIZDA AMALGAM DOLGU (Siyah Dolgu) BULUNUYOR MU ?

- a) Evet b) Hayır

10) HAMİLELİK İHTİMALİNİZ VAR MI?- KALP PİLİ TAŞIYOR MUSUNUZ ?

- a) Evet b) Hayır

11) AMELİYAT OLDUNUZ MU?

- a) Evet b) Hayır

12) HASTANEYE YATTINIZ MI?

- a) Evet b) Hayır



Özel Ekol Hastanesi

KİŞİSEL BİLGİ FORMU (AĞRI TERAPİSİ)



<i>Doküman No</i> DK.FR.08	<i>Yayın Tarihi</i> 26.06.2025	<i>Revizyon No</i> 00	<i>Revizyon Tarihi</i> -	<i>Sayfa No</i> 2 / 2
-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

13) DOĞUMSAL BİR HASTALIĞINIZ VAR MI?

a) Evet b) Hayır

14) DAHA ÖNCE ALERJİ TEDAVİSİ OLDUNUZ MU?

a) Evet b) Hayır

15) AŞAĞIDAKİLERDEN BİLDİĞİNİZ HANGİSİNE ALERJİNİZ VAR?

Ekmek - Unlu Mamuller - Süt - Sütlü gıdalar - Yumurta - Soyalı Ürünler - Et - Tavuk - Balık - Kozmetikler - Deterjan- Sebzeler - Hayvan - Toz ve Polen - Sıcak ve Soğuk ve Nem- Hazır Gıda

EKLEMEK İSTEDİKLERİNİZ:

*Mora Nova Cihazı bir herhangi bir yan etkisi bulunmayan, wellness cihazı olup, iyi halin desteklenmesi için kullanılmaktadır.

* Mora Terapinin hangi amaçla yapılırsa yapılısın vücuttaki toksik madde atılımına, detoksa destek olduğunu unutmayın.

*Bu detoks sürecinde üzerinize düşen sorumluluklar vardır; Terapilerin devam ettiği süre boyunca (normal içtiğiniz su miktarının üzerine en az 1,5-2 lt günlük su içmeniz gerektiği gibi. Mora Terapi seansları 2 gün sonrasında ve 2 gün öncesinde alkol almamanız, seans günleri kendinizi çok yoracak fiziksel faaliyetlerde bulunmamanız, sık duş almanız, hatta sauna ve hamama gitmenizi bu süreçte öneriyoruz. Detoksun yeterli olmadığını gösteren herhangi bir problem yaşarsanız (karın şişmesi, baş ağrısı, artmış yorgunluk gibi lütfen hemen bizi haberdar edin.

Bu açıklamalarla birlikte aşağıdaki yazılı beyanı lütfen okuyup imzalayın.

Söz konusu terapi yöntemi ile ilgili bilgilendirildim, bu hususları ve terapinin uygulanmasını talep ederim. Terapinin başarılı sonuçlanmasına katkıda bulunmak için bilgilendirildiğim noktalarda üzerime düşen görevleri (doğru bilgi verme, terapi sonrası detoks kurallarına uyma vb) yapacağımı, kişisel beklentimin karşılanmaması halinde herhangi bir talebimin olmayacağını, özellikle ücret iadesinin söz konusu olmayacağını, terapinin sonuç ve ilerlemesindeki süreçte tüm sorumluluğu aldığımı beyan ederim. Bu terapinin bir wellness-iyi halin desteklenmesi terapisi olduğu bilgisine sahibim.

İSİM - İMZA

BOY:..... KİLO:..... KARIN:..... BASEN:..... ORAN:.....

NOTLAR:
