

KİŞİSEL BİLGİLER	
Ad Soyad: Doğum Tarihi: Cinsiyet: E K Başvuru Tarihi:	BARKOD

ÖYKÜ	
1) Asıl Yakınmanız: ☐ Baş Dönmesi ☐ Dengesizlik ☐ Düşme ☐ Bayılma ☐ Göz Kararması ☐ Sağa/sola Çekme ☐ İteklenme ☐ Boşluk Hissi ☐ Diğer (belirtiniz):	2) Başlangıç Şekli ☐ Ani ☐ Yavaş yavaş 3) Yakınmanın Şekli ☐ Sürekli ☐ Ataklar halinde
4) Yakınmanız ilk ne zaman başladı? ☐ Bugün ☐ 2-7 Gün önce ☐ Hafta önce ☐ Ay önce ☐ Yıl önce	5) Yakınmanız ne kadar sürer? ☐ Saniyeler ☐ 2-3 Dakika ☐ 10-30 Dakika ☐ 1 Saat ☐ Saat ☐ Bütün gün
6) Yakınmanız ne sıklıkla olur? ☐ Bir kez oldu ☐ Her gün bir kez ☐ Her gün birden çok kez ☐ 2-3 günde bir kez ☐ Haftada bir kez ☐ Ayda bir kez ☐ Yılda kez	Düzenli kullandığınız ilaçlar? 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

7) Yakınmalarınız aşağıdakilerden hangileri ile tetiklenir? ☐ Yatakta dönme ☐ Yukarı bakma ☐ Eğilme/aşağı bakma ☐ Baş hızlı sağa çevirme ☐ Baş hızlı sola çevirme ☐ Ani ayağa kalkma ☐ Karanlıkta yürüme ☐ Öksürme/ hapşıрма ☐ İkinma/ağır cisim kaldırma ☐ Yüksek ses ☐ Hızlı nefes alıp verme ☐ Stres/üzüntü ☐ Evden dışarı çıkma ☐ Açlık ☐ Menstrüasyon (adet kanaması) ☐ Yorgunluk ☐ Alkol ☐ Kafein/teofilin (kahve, çay, kola vb. içme) ☐ Aşırı tuz kullanma ☐ Diğer (belirtiniz):	8) Aşağıdakilerin hangisi asıl yakınmanıza eşlik eder? ☐ Mide bulantısı ☐ Kusma ☐ Baş ağrısı ☐ Bilinç kaybı ☐ İşitme kaybı ☐ Kulakta dolgunluk ☐ Kulak çınlaması ☐ Kulak ağrısı ☐ Yüzde uyuşukluk ☐ Konuşma zorluğu ☐ Çift görme ☐ Görmede azalma ☐ Sese karşı aşırı hassasiyet ☐ Işığa karşı aşırı hassasiyet ☐ Göz kararması ☐ El ve ayakta karıncalanma/uyuşma ☐ Düşme ☐ Diğer (belirtiniz):
--	--

ÖZGEÇMİŞ	
1) Travma geçirdiniz mi? (trafik kazası, düşme, çarpma, başını vurma vb.) Evet ise belirtiniz:	☐ Evet ☐ Hayır
2) Son bir ay içinde üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiniz mi? (Grip, nezle, boğaz ağrısı vb.)	☐ Evet ☐ Hayır
3) Migren tanınız var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
4) Ailenizde sizin şikayetlerinize sahip bireyler var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
5) Düzenli kahve içme alışkanlığınız var mı? Evet ise günlük miktarı buraya yazınız.	☐ Evet ☐ Hayır
6) Sigara kullanıyor musunuz? Evet ise; Kaç yıldır?..... Günde kaç paket?	☐ Evet ☐ Hayır
7) Alkol kullanıyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
8) Alerjiniz var mı? Varsa neye karşı olduğunu belirtiniz;	☐ Evet ☐ Hayır
9) Ameliyat geçirdiniz mi? ☐ Hayır ☐ Evet ise; 9.1) 9.2) 9.3) 9.4)	10) Var ise Ek Hastalıklarınız; ☐ Hipertansiyon ☐ Kalp hastalığı ☐ Tiroid hastalıkları ☐ Şeker Hastalığı (Diabet) ☐ Katarakt ☐ Boyun fıtığı ☐ İnme ☐ Epilepsi ☐ Multipl Skleroz ☐ Psikiatrik hastalıklar. Varsa belirtiniz; ☐ Diğer;.....

Var ise; Ekleme istedikleriniz;