



T.C.
BOZOK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI A.D.

VERRUKALI HASTA TAKİP FORMU
FORMU

Tarih: / /

Adı Soyadı		Protokol No	
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	Yaş	
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Tel		Cep Tel	
Sigara Kullanımı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Hastalık Süresi (Ay)			
Özgeçmiş			
Verrü Sayısı			
Verrü Tipi	<input type="checkbox"/> Common wart <input type="checkbox"/> Plantar wart <input type="checkbox"/> Filiform wart <input type="checkbox"/> Plana wart <input type="checkbox"/> Genial wart		
Daha Önce Aldığı Tedavi			
Tedavi			
Seans Sayısı			
Tedavi Cevabı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		