



# İçinize kurt düşmeden...

Düzenli aralıklarla "Check-up" yaptırmayı unutmayın.

## CHECK-UP HAZIRLIK KULLANILAN İLAÇ FORMU

Kullanmakta olduğunuz kalp, tansiyon vb. ilaçları ve varsa diğer preparatları alttaki alana yazınız ve formu lütfen **0262654 05 82** numaralı faksa gönderiniz.

**Kullanılan İlaç Adı ve Dozu**

**Kullanma Şekli / Düzeni**


Misafir Adı Soyadı \_\_\_\_\_

Doğum Tarihi \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

İmza

**Hekim Görüşü:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Kesilmesi Gereken İlaçlar**

**Kaç Gün Önceden Bırakılacak**


Hekim Adı Soyadı \_\_\_\_\_

Doğum Tarihi \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

İmza

checkup@anadolusaglik.org



Özel Anadolu Sağlık Merkezi  
Hastanesi

Özel Anadolu Sağlık  
Ataşehir Tıp Merkezi

44 44 276  
www.anadolusaglik.org

**ANADOLU**<sup>H</sup>

In Affiliation with  
JOHNS HOPKINS MEDICINE