|  |  |
| --- | --- |
| English | **Türkçe** |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | Birleşik Krallık'a Yeni Gelen Göçmenlere Yönelik Sağlık Anketi |
| Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP. This questionnaire is to collect information about your health so that the health professionals at your GP practice can understand what support, treatment and specialist services you may need in accordance with the confidentiality and data sharing policies of the National Health Service.   Your GP will not disclose any information you provide for purposes other than your direct care unless: you have consented (e.g. to support medical research); or they are required to do so by law (e.g. to protect other people from serious harm); or because there is an overriding public interest (e.g. you are suffering from a communicable disease). Further information about how your GP will use your information is available from your GP practice.Return your answers to your GP practice. | Herkesin Genel Pratisyenliğe (GP) başvurma hakkı bulunmaktadır. GP’ye başvurmak için adres, göçmenlik statüsü, kimlik veya USH (Ulusal Sağlık Hizmetleri) numarasına ihtiyaç yoktur. Bu anketin amacı GP hizmetleri sağlayan sağlık uzmanlarının, Ulusal Sağlık Hizmetinin gizlilik ve veri paylaşımı politikalarına uygun olarak ne tür destek, tedavi ve uzmanlık hizmetlerine ihtiyaç duyabileceğinizi anlayabilmesi için sağlığınız hakkında bilgi toplamaktır.GP hizmeti sağlayıcınız, siz onay vermedikçe (örn. herhangi bir tıbbi araştırmanın desteklenmesi gibi); kanunen sağlık hizmeti sağlayıcınıza müsaade edilmedikçe (örn. diğer insanları ciddi zararlardan korumak gibi); veya kamu yararı öne çıkmadıkça (örn. bulaşıcı bir hastalıktan muzdarip olunması gibi) doğrudan sağlığınız ile ilgili olması dışında verdiğiniz hiçbir bilgiyi açıklamayacaktır. Pratisyen Hekiminizin verdiğiniz bilgileri nasıl kullanabileceği hakkında daha fazla bilgiyi GP hizmeti sağlayıcınızdan ulaşabilirsiniz.Cevaplarınızı GP hizmeti sağlayıcınıza iletmeniz rica olunur. |
| Section one: Personal details | Bölüm Bir: Kişisel Bilgiler |
| Full name: | Ad Soyad: |
| Address:  | Adres:  |
| Telephone number: | Telefon Numarası: |
| Email address: | E-posta adresi: |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **Lütfen tüm soruları size uyan seçenekleri işaretleyerek tamamlayın.** |
| * 1. Date questionnaire completed:
 | 1.1Anketin tamamlanma tarihi:  |
| 1.2 Which of the following best describes you? [ ] Male [ ] Female [ ] Other [ ] Prefer not to say  | 1.2 Aşağıdakilerden hangisi sizi tanımlamaktadır? [ ] Erkek [ ] Kadın [ ] Diğer [ ] Belirtmemeyi tercih ederim  |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?[ ] No[ ] Yes[ ] Prefer not to say  | 1.3 Yukarıda verdiğiniz cevap doğuştan gelen cinsiyetiniz midir?[ ] Hayır[ ] Evet[ ] Belirtmemeyi tercih ederim  |
|  Date of birth: Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | * 1. Doğum tarihi: Gün\_\_\_\_\_\_ Ay \_\_\_\_\_\_\_ Yıl \_\_\_\_\_\_
 |
| 1.5 Religion: [ ] Buddhist [ ] Christian [ ] Hindu [ ] Jewish [ ] Muslim [ ] Sikh [ ] Other religion[ ] No religion | 1.5 Dinî inancınız: [ ] Budist [ ] Hristiyan [ ] Hindu [ ] Yahudi [ ] Müslüman [ ] Sih [ ] Diğer dinî inanç[ ] Dinî inancım yok |
| 1.6 Marital status:[ ] Married/civil partner [ ] Divorced [ ] Widowed [ ] None of the above | 1.6 Medeni durumunuz:[ ] Evli/Sivil birliktelik [ ] Boşanmış [ ] Dul [ ] Yukarıdakilerin hiçbiri |
| * 1. Sexual Orientation:

[ ] Heterosexual (attracted to the opposite sex) [ ] Homosexual (attracted to the same sex) [ ] Bisexual (attracted to males and females) [ ] Prefer not to say[ ] Other | 1.7 Cinsel Yönelim: [ ] Heteroseksüel (karşı cinse yönelim)[ ] Homoseksüel (aynı cinse yönelim) [ ] Biseksüel (her iki cinse yönelim) [ ] Belirtmemeyi tercih ederim[ ] Diğer |
| * 1. Main spoken language:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albanian | [ ] Russian |
| [ ] Arabic | [ ] Tigrinya |
| [ ] Dari | [ ] Ukrainian |
| [ ] English | [ ] Urdu |
| [ ] Persian | [ ] Vietnamese |
| [ ] Other |  |

 | 1.8 Konuşulan ana dil:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Arnavutça | [ ] Rusça |
| [ ] Arapça | [ ] Tigrinya dili |
| [ ] Darice | [ ] Ukraynaca |
| [ ] İngilizce | [ ] Urduca |
| [ ] Farsça | [ ] Vietnamca |
| [ ] Diğer |  |

 |
| * 1. Second spoken language:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albanian | [ ]  Russian |
| [ ] Arabic | [ ] Tigrinya |
| [ ] Dari | [ ] Ukrainian |
| [ ] English | [ ] Urdu |
| [ ] Persian | [ ] Vietnamese |
| [ ] Other | [ ] None |

 | 1.9 Konuşulan ikinci dil:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Arnavutça | [ ]  Rusça |
| [ ] Arapça | [ ] Tigrinya dili |
| [ ] Darice | [ ] Ukraynaca |
| [ ] İngilizce | [ ] Urduca |
| [ ] Farsça | [ ] Vietnamca |
| [ ] Diğer | [ ] Hiçbiri |

 |
| * 1. Do you need an interpreter?

[ ] No [ ] Yes  | 1.10Tercümana ihtiyacınız var mı? [ ] Hayır [ ] Evet  |
| * 1. Would you prefer a male or a female interpreter? Please be aware that interpreter availability might mean it is not always possible to meet your preference.

[ ] Male[ ] Female[ ] I don’t mind | 1.11Erkek mi yoksa kadın tercüman mı tercih edersiniz? Lütfen, tercüman tercihinizin, tercüman müsaitlik durumuna göre her zaman tercihinize uygun olmayabileceğini unutmayın.[ ] Erkek[ ] Kadın[ ] Fark etmez |
| 1.12 Are you able to read in your own language?[ ] No[ ] Yes[ ] I have difficulty reading | 1.12 Kendi dilinizde okuyabiliyor musunuz?[ ] Hayır[ ] Evet[ ] Okumakta zorlanıyorum |
| * 1. Are you able to write in your own language?

[ ] No[ ] Yes[ ] I have difficulty writing | 1.13Kendi dilinizde yazabiliyor musunuz?[ ] Hayır[ ] Evet[ ] Yazmakta zorlanıyorum |
| * 1. Do you need sign language support?

[ ] No[ ] Yes | 1.14İşaret dili desteğine ihtiyaç duyuyor musunuz?[ ] Hayır[ ] Evet |
| * 1. Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:

|  |  |
| --- | --- |
| Name:Contact telephone number:Address: | Next of kin   |
| Name:Contact telephone number:Address: | Emergency contact (if different) |

 | 1.15Lütfen, acil durumda iletişime geçebileceğimiz yakın bir akrabanızın ve/veya birinin bilgilerini ekleyin:

|  |  |
| --- | --- |
| Ad:İrtibat numarası:Adres: | Yakınlık derecesi   |
| Ad:İrtibat numarası:Adres: | Acil durum iletişim bilgisi (farklı ise) |

 |
| Section two: Health questions | Bölüm iki: Sağlık soruları |
| * 1. Are you currently feeling unwell or ill?

[ ] No [ ] Yes | 2.1Şu anda rahatsız veya hasta hissediyor musunuz?[ ] Hayır [ ] Evet |
| Do you need an urgent help for your health problem?[ ] No [ ] Yes | 2.2Sağlık sorununuz ile ilgili acil yardıma ihtiyaç duyuyor musunuz?[ ] Hayır [ ] Evet |
| * 1. Do you currently have any of the following symptoms? *Please tick all that apply*

[ ] Weight loss[ ] Cough[ ] Coughing up blood[ ] Night sweats[ ] Extreme tiredness[ ] Breathing problems[ ] Fevers[ ] Diarrhoea[ ] Skin complaints or rashes[ ] Blood in your urine[ ] Blood in your stool[ ] Headache[ ] Pain[ ] Low mood[ ] Anxiety[ ] Distressing flashbacks or nightmares[ ] Difficulty sleeping[ ] Feeling like you can’t control your thoughts or actions[ ] Feeling that you want to harm yourself or give up on life[ ] Other | 2.3Şu anda aşağıda verilen belirtilerden herhangi birini taşıyor musunuz? *Lütfen uyan tüm seçenekleri işaretleyin*[ ] Kilo kaybı[ ] Öksürük[ ] Kanlı öksürük[ ] Gece terlemesi[ ] Aşırı yorgunluk[ ] Solunum sorunları[ ] Ateş[ ] İshal[ ] Cilt şikayetleri veya döküntüleri[ ] Kanlı idrar[ ] Kanlı dışkı[ ] Baş ağrısı[ ] Ağrı[ ] Düşük ruh hali[ ] Kaygı[ ] Üzücü olay anımsamaları veya kabuslar[ ] Uykusuzluk[ ] Düşünce veya eylemlerinizi kontrol edememe hissi[ ] Kendinize zarar verme veya hayatınızı sonlandırma hissi[ ] Diğer |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)
 | 2.4Lütfen, mevcut sağlık sorununu (veya sorunlarını) hissettiğiniz noktayı (veya noktaları) vücut görselinde işaretleyin  |



|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Do you have any known health problems that are ongoing?

[ ] No[ ] Yes | 2.5Devam etmekte olup farkında olduğunuz sağlık sorunlarınız var mı?[ ] Hayır[ ] Evet |
| * 1. Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply

[ ] Arthritis[ ] Asthma[ ] Blood disorder [ ] Sickle cell anaemia [ ] Thalassaemia[ ] Cancer[ ] Dental problems[ ] Diabetes[ ] Epilepsy[ ] Eye problems[ ] Heart problems[ ] Hepatitis B[ ] Hepatitis C[ ] HIV or AIDS[ ] High blood pressure[ ] Kidney problems[ ] Liver problems[ ] Long-term lung problem/breathing difficulties [ ] Mental health problems [ ] Low mood/depression[ ] Anxiety[ ] Post-traumatic stress disorder (PTSD)[ ] Previously self-harmed[ ] Attempted suicide[ ] Other [ ] Osteoporosis[ ] Skin disease[ ] Stroke[ ] Thyroid disease [ ] Tuberculosis (TB)[ ] Other  | 2.6Aşağıdakilerden hangilerini şu anda geçiriyorsunuz veya önceden geçirdiniz? Lütfen, uyan tüm seçenekleri işaretleyin[ ] Artrit (eklem romatizması)[ ] Astım[ ] Kanama bozukluğu [ ] Orak hücre anemisi [ ] Talasemi (Akdeniz anemisi)[ ] Kanser[ ] Diş hastalıkları[ ] Diyabet[ ] Epilepsi (Sara)[ ] Göz hastalıkları[ ] Kalp hastalıkları[ ] Hepatit B[ ] Hepatit C[ ] HIV veya AIDS[ ] Hipertansiyon[ ] Böbrek hastalıkları[ ] Karaciğer hastalıkları[ ] Uzun-dönem ciğer hastalıkları/solunum rahatsızlıkları [ ] Akıl sağlığı bozuklukları [ ] Düşük ruh hali/depresyon[ ] Kaygı[ ] Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)[ ] Geçmişte kendine zarar verme[ ] İntihar teşebbüsü[ ] Diğer [ ] Osteoporoz (Kemiz erimesi)[ ] Cilt hastalığı[ ] Felç[ ] Tiroid hastalığı [ ] Tüberküloz (verem)[ ] Diğer  |
| * 1. Have you ever had any operations / surgery?

[ ] No[ ] Yes | 2.7Hiç cerrahi/ameliyat geçirdiniz mi?[ ] Hayır[ ] Evet |
| * 1. If you have had an operation / surgery, how long ago was this?

[ ]  In the last 12 months[ ]  1 – 3 years ago[ ]  Over 3 years ago | 2.8Eğer geçirdiyseniz, cerrahi/ameliyatınız ne kadar zaman önceydi?[ ]  Son 12 ay içinde[ ]  1 – 3 yıl önce[ ]  3 yıldan daha önce |
| * 1. Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?

[ ] No[ ] Yes | 2.9Savaş, çatışma veya işkence kaynaklı fiziksel yaralanmanız var mı?[ ] Hayır[ ] Evet |
| * 1. Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?

[ ] No[ ] Yes | 2.10Hiç akıl sağlığı ile ilgili rahatsızlığınız var mı? Bunlar savaş, çatışma ve işkence sonrası veya ülkenizden kaçmaya zorlanmadan kaynaklı olabilir.[ ] Hayır[ ] Evet |
| * 1. Some medical problems can run in families. Has a member of your immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following? Please tick all that apply

[ ] Cancer[ ] Diabetes[ ] Depression/Mental health illness[ ] Heart attack[ ] High blood pressure[ ] Stroke[ ] Other  | 2.11Bazı sağlık sorunları aile kan bağı kaynaklı olabilir. Birinci derece kan bağı olan (örn. baba, anne, kardeş veya büyükbaba, büyükanne) bir aile bireyi aşağıdakilerden herhangi birini geçirdi mi? Lütfen uyan tüm seçenekleri işaretleyin[ ] Kanser[ ] Diyabet[ ] Depresyon/Akıl sağlığı hastalığı[ ] Kalp krizi[ ] Hipertansiyon[ ] Felç[ ] Diğer  |
| * 1. Are you on any prescribed medicines?

[ ] No [ ] Yes *–please list your prescribed medicines and doses in the box below****Please bring any prescriptions or medications to your appointment***

|  |  |
| --- | --- |
| *Name*  | *Dose* |
|  |  |

 | 2.12Reçeteli ilaç kullanıyor musunuz? [ ] Hayır [ ] Evet *– Lütfen alttaki kutu içine* *reçeteli ilaçlarınızı ve dozlarını belirtin****Lütfen randevunuza gelirken reçetelerinizi veya ilaçlarınızı yanınızda bulundurun***

|  |  |
| --- | --- |
| *İsim*  | *Doz* |
|  |  |

 |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?

[ ] No [ ] Yes  | 2.13Bu ilaçlardan herhangi birinin gelecek haftalarda tükeneceği endişesi duyuyor musunuz? [ ] Hayır [ ] Evet  |
| * 1. Do you take any medicines that have not been prescribed by a health professional e.g medicines you have bought at a pharmacy/shop/on the internet or had delivered from overseas?

[ ] No [ ] Yes *–please list medicines and doses in the box below****Please bring any medications to your appointment***

|  |  |
| --- | --- |
| *Name*  | *Dose* |
|  |  |

 | 2.14Herhangi bir sağlık uzmanı tarafından yazılmamış, reçeteli olmayan (örn. bir eczane/mağaza/internet veya yurt dışından aldığınız) ilaç kullanıyor musunuz?[ ] Hayır [ ] Evet *–Lütfen alttaki kutu içine ilaçları ve dozlarını belirtin****Lütfen randevunuza gelirken ilaçlarınızı yanınızda bulundurun***

|  |  |
| --- | --- |
| *İsim*  | *Doz* |
|  |  |

 |
| * 1. Are you allergic to any medicines?

[ ] No [ ] Yes  | 2.15Herhangi bir ilaca alerjiniz var mı?[ ] Hayır [ ] Evet  |
| * 1. Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?

[ ] No[ ] Yes | 2.16Başka herhangi bir şeye alerjiniz var mı? (örn. gıda, böcek sokmaları, lateks eldivenler gibi) [ ] Hayır[ ] Evet |
| * 1. Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?

[ ] No[ ] Yes | 2.17Herhangi bir fiziksel engeliniz veya hareket kısıtlılığınız var mı? [ ] Hayır[ ] Evet |
| * 1. Do you have any sensory impairments? *Please tick all that apply*

[ ] No[ ] Blindness[ ] Partial sight loss[ ] Full hearing loss [ ] Partial hearing loss[ ] Smell and/or taste problems | 2.18Herhangi bir duyusal bozukluğunuz var mı? *Lütfen uyan tüm seçenekleri işaretleyin*[ ] Hayır[ ] Körlük[ ] Kısmi görme kaybı[ ] Tam işitme kaybı [ ] Kısmi işitme kaybı[ ] Koku ve/veya tat alma sorunları |
| * 1. Do you have any learning difficulties?

[ ] No[ ] Yes | 2.19Herhangi bir öğrenme güçlüğünüz var mı?[ ] Hayır[ ] Evet |
| * 1. Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?

[ ] No[ ] Yes | 2.20Bir sağlık uzmanıyla hususi olarak bir sonraki randevunuzda görüşmek/dikkat çekmek istediğiniz özel bir sorununuz var mı? [ ] Hayır[ ] Evet |
| Section three: Lifestyle questions | Bölüm üç: Hayat tarzınız ile ilgili sorular |
| * 1. How often do you drink alcohol?

 [ ] Never [ ] Monthly or less[ ] 2-4 times per month[ ] 2-3 times per week[ ] 4 or more times per week*There is* ***1 unit*** *of alcohol in:**½ pint glass of beer* *1 small glass of wine* 1. *single measure of spirits*
 | 3.1Ne sıklıkta alkol tüketirsiniz? [ ] Hiç [ ] Ayda bir veya daha az[ ] Ayda 2-4 defa[ ] Haftada 2-3 defa[ ] Haftada 4 veya daha fazla***1 birim*** *alkol, aşağıdakilerden hangisinin ölçüsüdür:**½ bardak bira (236.5ml)* *1 küçük kadeh şarap* 1. *ölçü cin veya viski*
 |
| 3.2 How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking? [ ] 0-2[ ] 3-4[ ] 5-6[ ] 7-9[ ] 10 or more | * 1. Normal bir günde kaç birim alkol tüketirsin?

[ ] 0-2[ ] 3-4[ ] 5-6[ ] 7-9[ ] 10 veya daha fazla |
| * 1. How often have you had 6 or more units if female, or 8 or more if male, on a single occasion in the last year?

[ ] Never[ ] Less than monthly[ ] Monthly[ ] Weekly[ ] Daily or almost daily | 3.3Son bir yıl içinde ne sıklıkta kadın iseniz 6 veya daha fazla birim, erkek iseniz 8 veya daha fazla birim alkol tüketiminiz oldu?[ ] Hiç[ ] Ayda birden daha az[ ] Aylık[ ] Haftalık[ ] Günlük veya yaklaşık olarak günlük |
| * 1. Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?

 [ ] Never[ ] I have quit taking drugs that might be harmful [ ] Yes | 3.4Sağlığınıza zararlı olabilecek maddeler alıyor musunuz, örn. kenevir, kokain, eroin? [ ] Hiç[ ] Zararlı olabilecek madde alımımı bıraktım [ ] Evet |
| * 1. Do you smoke?

[ ] Never [ ] I have quit smoking[ ] Yes [ ] CigarettesHow many per day? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ How many years have you smoked for?\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Tobacco Would you like help to stop smoking? [ ] Yes [ ] No | 3.5Sigara içiyor musunuz? [ ] Hiç [ ] Bıraktım[ ] Evet [ ] SigaraGünlük kaç adet? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Tütün Sigara içmeyi bırakmak için yardım ister misiniz? [ ] Evet [ ] Hayır |
| * 1. Do you chew tobacco?

[ ] Never[ ] I have quit chewing tobacco[ ] Yes | 3.6Tütün çiğner misiniz?[ ] Hiç[ ] Tütün çiğnemeyi bıraktım[ ] Evet |
| Section four: Vaccinations | Bölüm dört: Aşılar |
| * 1. Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin?

***If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.***[ ] No[ ] Yes[ ] I don’t know | 4.1Ülkenizde geçerli tüm çocukluk aşılarınızı yaptırdınız mı?***Aşı geçmişinizi gösteren kayıtlarınız varsa, randevunuza gelirken lütfen, yanınızda bulundurun.***[ ] Hayır[ ] Evet[ ] Bilmiyorum |
| * 1. Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?

[ ] No[ ] Yes[ ] I don’t know | 4.2Tüberküloz (verem) aşısı oldunuz mu?[ ] Hayır[ ] Evet[ ] Bilmiyorum |
| * 1. Have you been vaccinated against COVID-19?

[ ] No[ ] Yes [ ] 1 dose[ ] 2 doses[ ] 3 doses[ ] More than 3 doses[ ] I don’t know | 4.3KOVİD-19 aşısı oldunuz mu?[ ] Hayır[ ] Evet [ ] 1 doz[ ] 2 doz[ ] 3 doz[ ] 3 dozdan fazla[ ] Bilmiyorum |
| Section five: Questions for female patients only | Bölüm beş: Kadın hastalara özel sorular |
| * 1. Are you pregnant?

[ ] No[ ] I might be pregnant[ ] YesHow many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 5.1Gebe misiniz?[ ] Hayır[ ] Gebe olma ihtimalim var[ ] EvetKaç haftalık gebesiniz?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. Do you use contraception?

[ ] No [ ] Yes What method do you use?[ ] Barrier contraception *e.g. condoms, gel* [ ] Oral contraceptive pill[ ] Copper Coil/Intrauterine device (IUD)[ ] Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) *e.g. Mirena*[ ] Contraceptive injection[ ] Contraceptive implant[ ] Other | 5.2Gebelikten korunuyor musunuz?[ ] Hayır [ ] Evet Hangi yöntemi kullanıyorsunuz?[ ] Bariyer yöntemler *örn. prezervatif, jel* [ ] Doğum kontrol hapı[ ] Bakır Bobin/Rahim içi cihaz (RİA)[ ] Hormonal sarmal/Rahim İçi Sistem (IUS) *örn. Mirena*[ ] Doğum kontrol enjeksiyonu[ ] Doğum kontrol implantı[ ] Diğer |
| * 1. Do you urgently need any contraception?

[ ] No [ ] Yes | 5.3Acil olarak gebelikten korunma ihtiyacınız var mı?[ ] Hayır [ ] Evet |
| * 1. Have you ever had a cervical smear or a smear test? This is a test to check the health of your cervix and help prevent cervical cancer.

[ ] No[ ] Yes[ ] I would like to be given more information | 5.4Hiç servikal smear (sürüntü) veya smear testi yaptırdınız mı? Bu test rahim ağzınızın sağlığını kontrol etmek ve rahim ağzı kanserini önlemeye yardımcı olmak için yapılan bir testtir.[ ] Hayır[ ] Evet[ ] Daha fazla bilgiye sahip olmak isterim |
| * 1. Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?

[ ] No[ ] Yes | 5.5Histerektomi (rahmin ve rahim ağzının alınması ameliyatı) geçirdiniz mi?[ ] Hayır[ ] Evet |
| * 1. As a female patient is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?

[ ] No[ ] Yes | 5.6Bir kadın hasta olarak, bir sağlık uzmanıyla hususi olarak bir sonraki randevunuzda görüşmek/dikkat çekmek istediğiniz özel bir konunuz var mı? [ ] Hayır[ ] Evet |
| If there is something that you do not feel comfortable sharing in this form and you would like to discuss it with a doctor, please call your GP and book an appointment. | Bu ankette paylaşmaktan çekindiğiniz bir konu varsa ve bunu bir doktorla görüşmek istiyorsanız lütfen hekiminizi arayıp randevu alınız. |