

Ek-5: Hemo-Fiss-Qol

Hasta Adı-Soyadı:

Tarih:

Lütfen mümkün olan en yakın seçeneği işaretleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

Eğer bir soru veya ifade sizin için geçerli değilse, lütfen "Geçerli Değil" kutusunu işaretleyin.

Örneğin: "Anal semptomlarım nedeniyle çocuklarımla ilgilenmekte zorlanıyorum."

Eğer çocuğunuz yoksa, lütfen "Geçerli Değil" kutusunu işaretleyin.

[illegible]