

Donor No:151

Genel Özellikler:

Doğum tarihi:	29.06.1986
Ülke:	Gürcistan
İrk:	Kafkas
Din:	Hıristiyan
Boy:	165
Ağırlık:	50
Göz Rengi:	Mavi
Ten Rengi:	Beyaz
Saç Rengi:	Açık kahve
Saç Doku:	Düz
Kan Grubu:	O +
Eller?	
	<input type="checkbox"/> Çok yönlü <input type="checkbox"/> Solak <input checked="" type="checkbox"/> Sağlak
Ayrırt edici özelliklerinizi açıklayınız:	
	Gamzeler

### Aile Özellikleri

Evlat edinildiniz mi?	<input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet					
Ebeveyn	Etnik Köken / Atalar	Boy	Ağırlık	Göz Rengi	Saç Rengi	Ten Rengi
Anne:	Kafkas	160	65	Mavi	Sarışın	Açık
Baba:	Kafkas	185	100	Mavi	Koyu Kahverengi	Koyu
Kardeşler						
No. 1	<input type="checkbox"/> Erkek <input checked="" type="checkbox"/> Kadın	160	50	Mavi	Sarışın	Açık
No. 2	<input type="checkbox"/> Erkek <input checked="" type="checkbox"/> Kadın	165	55	Mavi	Kahverengi	Açık
No. 3	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın					
No. 4	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın					
No. 5	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın					
Büyükanneleler						
Anne:	Kafkas	166	70	Mavi	Sarışın	Açık
Baba:	Kafkas	155	65	Yeşil	Koyu Kahverengi	Açık
Dedeler						
Anne:	Kafkas	186	115	Mavi	kahverengi	Kumral
Baba:	Kafkas	183	105	Kahverengi	Siyah	Koyu

### Eğitim / Kariyer Hedefleri

Lise eğitim süresi:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 Yıl
Mezuniyet notu:	Başarılı
Kolej / Üniversite:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Yıl
Bölüm	Pazarlama ve Eğitim (çift anadal)
Mezuniyet notu:	Başarılı
Lisansüstü eğitim:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5+ Yıl
Derece	Yüksek Lisans
Bölüm	Pazarlama

Mevcut mesleğiniz nedir?	Hesap uzmanı
Gelecekteki kariyer hedefleriniz nelerdir?	Kendi pazarlama ve danışmanlık şirketimi açmak istiyorum.

## Sağlık Bilgisi

Hiç önemli hastalık geçirdiniz mi?  Hayır  Evet

Evet ise, lütfen açıklayınız

Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?  Hayır  Evet

Evet ise, lütfen açıklayınız:

Hiç herhangi bir nedenle acil servise kaldırıldınız mı?  Hayır  Evet

Evet ise, lütfen açıklayınız:

Hiç ameliyat geçirdiniz mi?  Hayır  Evet

Evet ise, bütün ameliyatları listesi lütfen:

	Cerrahi:	yıl:
1.	Bademcik ameliyatı	2010
2.		
3.		
4.		
5.		

Geçen 5 yılda kullanılan herhangi bir reçeteli ya da reçetesiz eğlence verici ve uyuşturucu ilaçlar.

	Adı:	Başlangıç Tarihi:	Bitiş Tarihi:	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Herhangi bir maddeye alerjiniz var mı?  Hayır  Evet

Evet ise, lütfen açıklayınız:

Üretilen alerjik maddeler ve reaksiyonları listeleyin:

	madde	reaksiyon
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

## Aile Genetik Tarihi

Ailenizde herhangi bir genetik kusur var mı?  Hayır  Evet

Ailenizde herhangi bir doğum kusurları ile doğmuş birey var mı?

Hayır  Evet

(kalp kusurları, yarık dudak veya damak, vb)

Hiç Akdeniz Anemisi testi yaptırdınız mı?  Hayır  Evet

Hiç Orak Hücre Anemisi testi yaptırdınız mı?  Hayır  Evet

Akdeniz (Yunan / italyan) soy bağınız var mı?  Hayır  Evet

Herhangi bir gıda kısıtlamanız var mı?

Hayır  Evet

Evet ise, tarif edin lütfen:

Diyet takviyeleri

kullanıyormusunuz? (vitaminler vs.)? hiçbir

Haftada tüketilen alkollü içecek sayısı?

Hiç alkol sorunu yaşadınız mı?  Hayır  Evet

Evet ise, lütfen açıklayınız:

Şimdiye kadar alkol veya ilaç alışkanlığı için tedavi oldunuz mu?

Hayır  Evet

Evet ise, lütfen açıklayınız

Sigara içiyormusunuz?

Hayır  Evet

Kaç paket / gün ?:

Ne kadar süredir?

Kahve içermisiniz?  Hayır  Evet

Kaç bardak / gün?: 2

Egzersiz yapıyormusunuz? Ne tür ne kadar süre?

Haftada 3 gün tempolu yürüyüş Ayrıca, bisiklet

Herhangi bir işitme bozukluğunuz var mı?

Hayır  Evet

Evet, lütfen açıklayınız:

Herhangi bir görme bozukluğunuz var mı?

Hayır  Evet

Evet ise, lütfen açıklayınız:

Hiç kan transfüzyonu aldınız mı?

Hayır  Evet

Herhangi bir zaman herhangi

bir bulaşıcı hastalık testiniz pozitif oldumu mu?

Hayır  Evet

Evet ise, tarih ve sonuç yazın:

Evet ise, lütfen açıklayınız:

Evet ise, lütfen açıklayınız:

Test Sonuçları:

Test Sonuçları:

## Aile

	Yaş Bugün	Sağlık Sorunları	Yaş Tanı	Hala Hayatta?
Anne:	51			<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet
Baba:	51			<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet
Kız kardeş (ler):	24			<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet
Erkek kardeş (ler):	22			<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet
Kız çocuk (lar):	2			<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet
Erkek çocuk (lar):	3			<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet
Anne baba:	76			<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet
Annel anne:	74			<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet
Anne kız kardeş (ler):	78			<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet
Anne erkek kardeş (ler):	56			<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet
Baba anne:	78			<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet
Baba baba:	80			<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet
Baba kız kardeş (ler):	76			<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet
Babalar erkek kardeş (ler):	78			<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet
Diğerleri:				<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet

## Aile Sağlığı

	Sen	Anne	Baba	Kardeş	diğerleri	Hiç kimse
Kardiyovasküler:						
Kalp hastalığı defekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1. Doğumdan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kalp krizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Damar sertliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Yüksek tansiyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hematolojik:						
Anemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Orak hücreli anemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hemofili veya diğer kanama problemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lösemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bağışıklık eksikliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diğer kan bozuklukları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Akciğer:						
Astım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Anfizem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tüberküloz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Akciğer kanseri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Zatürree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diğer akciğer hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dermatolojik:						
Akne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Egzama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cilt kanseri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pigmentasyon bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Melanom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diğer cilt bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Üriner:						
Böbrek yetmezliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mesane kanseri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Diğer üriiner bozukluklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Yaraları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Safra tasları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hepatit A (bulaşıcı)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hepatit B (serum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diğer karaciğer hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kolon kanseri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ülseratif kolit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Crohn hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bağırsak kanseri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kistik fibrozis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Erkek üro-genital:</b>						
Inmemiş testis	n/a	n/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bipospiadias	n/a	n/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prostat kanseri	n/a	n/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Uterus miyom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Yumurtalık kistleri</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Yumurtalık kanseri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Serviks kanseri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Uterus kanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Endokrin:</b>						
<b>Diyabet</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hipoglisemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tiroid kanseri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tiroid kastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Guatr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Adrenal disfonksiyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diğer endokrin bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Nörolojik:</b>						
Migren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Zeka geriliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
50 yaşından önce yaşlılık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Multipl skleroz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Serebral palsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Epilepsi veya nöbetler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Omurilik hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Huntington hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diğer nörolojik bozukluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Psikiyatrik:</b>						
Alkolizm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Şizofreni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Manik depresif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Çalışmayı engelleyen ağır depresyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hastaneye yatış gerektiren bozuklukları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sinir bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
İntihar girişimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Psikiyatrik ilaçlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Anksiyete / Panik atak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fobi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Yeme bozuklukları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Psikoterapi / Danışmanlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Uyuşturucu / Bağımlılık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diğer ruhsal bozukluklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Kas-iskelet:</b>						
Musküler distrofi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Omurga deformite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Osteoporoz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cücelik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Artrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diğer Kas / Kemik hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
60 Yaş öncesi sağırlık	n/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Önemli işitme kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kulaklar deformite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
50 yaşından önce katarakt	n/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Körlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Glakom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Renk körlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diğer duyu bozuklukları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kanser:						
Meme kanseri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Akciğer kanseri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kolon kanseri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## Jinekolojik Tarihi

Hangi yaşta adet görmeye başladınız? 12	Son adet tarihi? 25/05/2015
Ne kadar günde bir? 28	Kaç gün devam ediyor? 4
Hiç düzensiz oldu mu? <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise, lütfen açıklayınız:
Dönemleriniz şimdi düzenli mi? <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet	Evet ise, lütfen açıklayınız: Ben 28 günde bir adet görüyorum.
Hiç aşağıdaki üreme sorunlardan herhangi birisi oldu mu?	
<input type="checkbox"/> Endometriozis	<input type="checkbox"/> Amenore (adet olmama)
<input type="checkbox"/> Düşük	<input type="checkbox"/> Pelvik inflamatuvar hastalık
<input type="checkbox"/> Dış gebelik	<input type="checkbox"/> Endokrin disfonksiyon (örneğin tiroid, adrenal veya hipofiz sorunları)
<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Tüp problemleri(örneğin, yapışma veya tıkanması)
Diğer ise, lütfen açıklayınız:	

## Üreme Bilgisi

Daha önce hamile kaldınız mı?  Hayır  Evet

# Gebelik sayısı:	2	Tarih:2011-2012
# Çocuk sayısı:	2	Tarih:
# Küretaj sayısı:	0	Tarih:
# Düşük sayısı:	0	Tarih:
# Ölü doğum sayısı:	0	Tarih:
# Doğum sayısı:	2	Tarih:2012-2013

## Kişisel Özellikler

Kişiliğiniz hakkında kısa bir açıklama yazınız.	Sevgi dolu, neşeli bir insanım.
İlgi alanlarınız ve hobileriniz nelerdir?	Benim hobilerim, okumak, yemek pişirmek,
Gelecekteki hedefler ve beklentileri nelerdir?	Ailemle mutlu, sağlıklı bir yaşam ve güzel bir ev.
Sevdiğiniz yemekler?	İtalyan ve Meksika
Müzikal becerileriniz var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet
Evet ise, bunlar nelerdir?	Klasik piyano eğitimi aldım.
Müzik favori tipi?	Kafkas
Sanatsal yetenekleriniz var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet
Evet ise, ne tür ?	Fotoğrafçılık (öncelikle siyah beyaz manzara ve portre)
Atletizm yeteneğiniz var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet
Evet ise, ne tür?	Voleybol

## Motivasyon

Önce yumurta bağışısı yaptınız mı?	<input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Evet ise, ne zaman ve nerede?	

Neden yumurta donörü olmak istiyorsun?	Yardım edebilmek için.
Yumurta donörü olmaya nasıl karar verdiniz?	
Mükemmel bir yumurta donörü olacağınıza inanıyor musunuz?	Sağlıklıyım ve bebek sahibiyim bu sebeple inanıyorum.
Eğer donör olamazsanız ne hissedersiniz?	Üzülürüm. Hayal kırıklığına uğrarım.
Alıcı aileye ne söylemek istersiniz?	Mutlu sona ulaşmalarını temenni ederim.
Donör olduğunuz zaman anne gibi hissedermisiniz?	<input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Neden veya neden değil?	Zaten anneyim çocuğum var.
Kaç kere yumurta bağışlamak istiyorsunuz?	Çoklu

## Felsefe

Gelecekte çocuk ile temas etmek ister misiniz? <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
Neden veya neden değil?	Bebegin annesinin doğuran kişi olduğunu düşünüyorum .
Yumurta donörü olma konusunda herhangi bir endişeniz var mı? <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
Evet ise, bunlar nelerdir?	
Donör olma sürecinde aşağıdakilerden size rahatsız edecek bir durum var mı?	
<input type="checkbox"/> Çok sık muayeneye gelmek	
<input type="checkbox"/> Over stimülasyon hormonları almak	<input type="checkbox"/> vajinal ultrason
<input type="checkbox"/> Hormonal tedaviden dolayı kötü ruh hali	<input type="checkbox"/> kan testleri
<input type="checkbox"/> Her gün aynı saatte ilacı almak	<input type="checkbox"/> Günlük enjeksiyon
<input type="checkbox"/> Vajinal cerrahi prosedür	

## Destek Sistemi

Yumurta donörü olma fikrinizi kimlerle paylaştınız?	Eşim ve arkadaşlarım.
Bu kararınız için ne düşünüyorlar?	Onlar bunu yapmanın çok cömert bir şey olduğunu düşünüyorlar.
Annenize söyler misiniz?	<input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/> Evet
Neden veya neden değil?	Benim her kararımı destekler.
Aklınıza gelebilecek başka herhangi bir endişeniz veya sorularınız varsa belirtiniz:	