



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PEDODONTİ ANABİLİM DALI HASTA MUAYENE VE TEDAVİ TAKİP FORMU

Doküman Kodu: HD.FR.06	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon Tarihi:14/04/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
---------------------------	----------------------------	---------------	-------------------------------	---------------------------

Ad-Soyad : _____ S.Hekim : _____
Dosya No : _____ Hasta Uyum Düzeyi
Yaşı : ____Yıl ____Ay İyi Orta Kötü
Telefon(1) : _____ Kayıt Tarihi : _____
Telefon(2) : _____ Onaylayan : _____
Şehir : _____

		V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V		
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
		V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V		

	DİŞ NO	TEŞHİS	A	TARİH	TEDAVİ	TEDAVİ ONAYI						<input checked="" type="checkbox"/>	
						K	Kİ	KT	AK	KD	D		
Yapılan Tedaviler													
Tedavi Sonucu	Hastanın tedavisi bitirildi <input type="checkbox"/> İmza		Hasta devredildi <input type="checkbox"/> İmza		Hasta isteği ile sonlandırıldı <input type="checkbox"/> İmza								
	UYARILAR Yapılan tüm tedaviler dikkatlice kontrol edilir.Eksikliklerden onay veren hekim sorumludur.		Devir alan:		UYARILAR Velinin adı-soyadı,yakınlık derecesi,tedaviyi istemediği,yaptırmamasının yol açacağı sonuçların kendisine anlatıldığı kağıdın arka yüzüne el yazısı ile yazdırılarak imzalatılır.								

Endikasyon Hastası

İMZA

Bitim Notu

İMZA



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PEDODONTİ ANABİLİM DALI HASTA MUAYENE VE TEDAVİ TAKİP FORMU

Doküman Kodu: HD.FR.06	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon Tarihi:14/04/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
---------------------------	----------------------------	---------------	-------------------------------	---------------------------

I –ANAMNEZ:

a-Sosyal Anamnez:

Hastanın;

- Doğum Yeri : _____
- Kardeş Sayısı : _____

Ebeveynin;

- Anne Adı : _____
- Baba Adı : _____
- Annenin Mesleği/Öğrenim Seviyesi : _____
- Babanın Mesleği/Öğrenim Seviyesi : _____
- Durumu(Berber veya Ayrı) : _____

b-Tıbbi Anamnez:

Geçmiş Tıbbi Anamnez:

- SSS : _____
- KVS : _____
- Endokrin Sistem : _____
- GİS : _____
- Solunum Sistemi : _____
- Kanama Problemleri : _____
- Ürogenital Sistem : _____
- Alerjiler : _____
- Geçirdiği Operasyonlar : _____
- Kullandığı İlaçlar : _____
- Farinks ve Tonsilla : _____

Mevcut Tıbbi Anamnez:

- Kullanılan İlaçlar : _____
- Sürmekte Olan Tedaviler : _____
- Aşılar : _____



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PEDODONTİ ANABİLİM DALI HASTA MUAYENE VE TEDAVİ TAKİP FORMU

Doküman Kodu: HD.FR.06	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon Tarihi:14/04/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
---------------------------	----------------------------	---------------	-------------------------------	---------------------------

II-MUAYENE

Dişlerin Muayenesi:

• Hastanın Mevcut Şikayetleri: _____

a. Çene Altı Bölgesinin Muayenesi:

Lenf Adenopati var Lenf Adenopati yok

b.Oral Hijyen Seviyesi:

İyi Orta Kötü

c.Beslenme Alışkanlığı:

Karbonhidrat ağırlıklı Protein ağırlıklı Karma

d.Okluzyon:

6 Yaş Dişine Göre:

Sınıf I Sınıf II Sınıf III

Süt İkinci Azıya Göre:

Aynı Alınsal Düzlemde Sonlanma Aşırı Mesial Basamaklanma

Hafif Mesial Basamaklanma Distal Basamaklanma

Süt Köpek Dişine Göre:

Nötral Distal Mesial

Alınan Radyografiler:

Periapikal Ortopantomograf Okluzal

Diğerleri

Hasta Risk Grubunun Belirlenmesi:

Düşük Orta Yüksek



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PEDODONTİ ANABİLİM DALI HASTA MUAYENE VE TEDAVİ TAKİP FORMU

Doküman Kodu: HD.FR.06	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon Tarihi:14/04/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
---------------------------	----------------------------	---------------	-------------------------------	---------------------------

Rutin Kontroller ve Kontrol Bulguları:

1	2	3	4
6 Ay	6-12 Ay	12-18 Ay	18-24 Ay

