



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
KREŞ VE ANAOKULU ÇOCUK DİŞ SAĞLIĞI TARAMA FORMU

Doküman Kodu: SS.FR.01

Yayın Tarihi:20/11/2025

Revizyon Tarihi:0

Revizyon No:1

Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2

MUAYENESİ YAPILAN ÇOCUĞUN

Tarih:	
Adı-Soyadı:	
Yaşı:	
Sınıfı:	

UPPER LEFT								UPPER RIGHT							
16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOWER LEFT								LOWER RIGHT							
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

MUAYENE BULGULARI	EVET	HAYIR
a)Kötü alışkanlık(parmak emme, hatalı yutkunma v.b)		
b)Üst çene darlığı		
c)Alt çene darlığı		
d)Yapılan tarama sonucunda uzman Çocuk Diş Hekimi muayenesi önerilir.		
e)Yapılan tarama sonucunda uzman ortodontihekimi muayenesi önerilir.		

MUAYENE YAPAN DOKTORUN
ADI SOYADI

İMZA



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
KREŞ VE ANAOKULU ÇOCUK DİŞ SAĞLIĞI TARAMA FORMU

Doküman Kodu: SS.FR.01

Yayın Tarihi:20/11/2025

Revizyon Tarihi:0

Revizyon No:1

Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2